

Aplicación de la terapia cognitiva en un paciente con trastorno mixto de ansiedad y
depresión y trastorno de la personalidad dependiente

Daniela Zuluaga Hurtado

Trabajo para optar al grado de
Maestría en Psicología -Profundización Clínica-

Asesora: Ana María Arias Zuleta

Facultad de Psicología

Universidad del Norte

Barranquilla, Colombia

2018

Dedicatoria

*A mis amados padres, Arturo Zuluaga y Luz Marina Hurtado
que siempre me han brindado
inmenso apoyo, comprensión, cariño y aprendizajes infinitos
A Valeria por su compañía incondicional, su sabiduría y cariño sin fin
A Jhon por su tiempo a mi lado
A Ana María Arias por su guía, dedicación y entrega
A mis compañeras por su compañía y amor
A todos aquellos que han contribuido a construirme como el ser quien soy
Y a la vida misma por los aprendizajes que he tenido*

“Vístanme despacio que voy de afán”

Simón Bolívar

Tabla de Contenido

| | |
|--|-----------|
| Tabla de Contenido..... | 3 |
| 1. Información general del proyecto..... | 5 |
| 2. Introducción | 6 |
| 3. Justificación | 7 |
| 4. Área Problemática | 10 |
| 5. Preguntas guías y objetivos..... | 16 |
| 5.1. Objetivo General..... | 16 |
| 5.2. Objetivos Específicos | 16 |
| 6. Historia clínica del paciente | 17 |
| 6.1. Historia del caso | 17 |
| 6.1.1. <i>Datos Generales.....</i> | 17 |
| 6.1.2. <i>Motivo de consulta.....</i> | 17 |
| 6.1.3. <i>Historia del problema actual.....</i> | 17 |
| 6.1.4. <i>Historia psiquiátrica pasada</i> | 19 |
| 6.1.5. <i>Historia social y personal.....</i> | 20 |
| 6.1.6. <i>Historia médica.....</i> | 22 |
| 6.1.7. <i>Observaciones sobre el estado mental.....</i> | 22 |
| 6.1.8. <i>Pruebas y resultados.....</i> | 23 |
| 6.1.9. <i>Diagnóstico según cie-10.....</i> | 23 |
| 6.2. Formulación del caso | 23 |
| 6.2.1. <i>Precipitantes</i> | 23 |
| 6.2.2. <i>Activadores</i> | 23 |
| 6.2.3. <i>Enfoque transversal de las cogniciones y de las conductas actuales</i> | 24 |
| 6.2.4. <i>Enfoque longitudinal de cogniciones y comportamientos</i> | 25 |
| 6.2.5. <i>Diagrama de conceptualización</i> | 26 |
| 6.2.6. <i>Fortalezas y apoyo.....</i> | 29 |
| 6.2.7. <i>Hipótesis de trabajo.....</i> | 29 |
| 6.3. Plan de tratamiento..... | 31 |
| 6.3.1. <i>Listado de problemas.....</i> | 32 |
| 6.3.2. <i>Objetivos terapéuticos</i> | 32 |
| 6.4. Curso de tratamiento..... | 32 |
| 6.4.1. <i>Relación terapéutica</i> | 32 |
| 6.4.2. <i>Intervenciones y procedimientos.....</i> | 33 |
| 6.4.3. <i>Obstáculos.....</i> | 38 |
| 6.4.4. <i>Resultados</i> | 38 |
| 7. Descripción detallada de las sesiones | 39 |
| 7.1. Sesión 1 (Duración 2 horas) | 39 |
| 7.2. Sesión 2: (Duración 1 hora y media) | 40 |
| 7.3. Sesión 3: (Duración 1 hora y media) | 42 |
| 7.4. Sesión 4: (Duración 1 hora y media) | 43 |
| 7.5. Sesión 5: (Duración 1 hora y media) | 45 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 8. | Marco conceptual de referencia | 47 |
| 8.1. | Comprensión psicopatológica del trastorno dependiente de la personalidad 47 | |
| 8.2. | Criterios diagnósticos | 51 |
| 8.2.1. | <i>Perspectiva categorial</i> | 51 |
| 8.2.2. | <i>Perspectiva dimensional</i> | 52 |
| 8.3. | Prevalencia..... | 53 |
| 8.4. | Diagnóstico diferencial | 54 |
| 8.5. | Comorbilidad con otros síndromes y trastornos..... | 56 |
| 8.5.1. | <i>Comorbilidad EJE I</i> | 56 |
| 8.5.2. | <i>Comorbilidad EJE II</i> | 58 |
| 8.6. | Características clínicas | 58 |
| 8.6.1. | <i>Nivel comportamental</i> | 58 |
| 8.6.2. | <i>Nivel fenomenológico</i> | 59 |
| 8.6.3. | <i>Nivel intra-psíquico</i> | 60 |
| 8.6.4. | <i>Nivel biofísico</i> | 60 |
| 8.7. | Variantes del prototipo..... | 60 |
| 8.8. | Etiología | 63 |
| 8.9. | Procesos de auto-perpetuación | 66 |
| 8.10. | Perfil cognitivo | 66 |
| 8.11. | Intervención..... | 68 |
| 8.11.1. | <i>Objetivos</i> | 68 |
| 8.11.2. | Procedimientos cognitivos conductuales | 69 |
| 8.11.3. | Intervención basada en la teoría de Jeffrey Young | 70 |
| 8.11.4. | Modalidades tácticas | 71 |
| 8.11.5. | Terapias..... | 72 |
| 8.12. | Relación terapéutica | 73 |
| 8.13. | Trastornos del eje I | 74 |
| 8.13.1. | Ansiedad | 75 |
| 8.13.2. | Depresión | 82 |
| 8.14. | Trastorno mixto de Ansiedad y depresión..... | 87 |
| 8.14.1. | Presentaciones clínicas..... | 90 |
| 8.14.2. | Prevalencia..... | 90 |
| 8.14.3. | Etiología..... | 91 |
| 8.14.4. | Intervención trastorno mixto ansioso depresivo | 92 |
| 8.14.5. | Intervención para el trastorno depresivo | 93 |
| 8.14.6. | Intervención para el trastorno de ansiedad..... | 97 |
| 9. | Análisis de caso..... | 100 |
| 10. | Conclusiones y discusiones | 102 |
| 11. | Referencias..... | 106 |

1. Información general del proyecto

Nuestra sociedad actual, el funcionamiento de la misma, el sistema que la compone y todos los elementos periféricos que la integran, han contribuido poco a poco con el paso indiscutible de los años a despertar, agudizar y exacerbar diferentes patologías, afecciones clínicas y en efecto enfermedades mentales. De ese modo, los trastornos de personalidad y trastornos comorbidos a estos, atañen profundamente a la psicología, y al manejo individual que desde nuestro campo puede darse, y así contribuir al bien-estar humano.

Por tal motivo el presente escrito pretende evidenciar la aplicación de la terapia cognitivo conductual en un paciente con trastorno de personalidad dependiente y trastorno mixto de ansiedad y depresión; y como este modelo terapéutico contribuye a la mejoría y bienestar del paciente. Además de desarrollar cada uno de estos trastornos, y los elementos que los componen.

Palabras clave: Terapia cognitiva, Trastorno mixto de ansiedad y depresión, trastorno de personalidad dependiente

2. Introducción

El propósito de esta investigación es conocer, analizar y entender, a través de la metodología de descripción de casos (específicamente un caso clínico único), cómo un paciente con trastorno de personalidad dependiente y un trastorno mixto de ansiedad y depresión, evoluciona a partir de un tratamiento con terapia cognitivo-conductual.

En primer lugar se hará la descripción detallada del caso: patología del paciente, su historia de vida y los antecedentes psiquiátricos. A nivel explicativo, se expondrá la conceptualización clínica, presentando las estrategias de afrontamiento que el paciente ha creado, y luego se explicará el plan de tratamiento que contribuyó a la mejoría del paciente. Se plantearán 5 sesiones con el paciente, describiendo lo realizado al interior de ellas.

Posteriormente, desde la teoría se sustentará lo expuesto, vislumbrando las consideraciones generales del trastorno de personalidad dependiente, sus criterios diagnósticos desde la perspectiva categorial y dimensional del DSM 5. Para una mayor profundización, se describirán las características fundamentales del trastorno y su etiología desde distintas perspectivas, como las biológicas y socio-ambientales. Además del perfil cognitivo del paciente típico con trastorno de personalidad dependiente, explicando las variantes del trastorno y los procesos de auto-perpetuación según el modelo de Millon & Davis (1988), Beck y Freeman (2005).

A partir de la teoría de diversos autores, se explicará el modelo de tratamiento para el trastorno, enfatizando en las estrategias de intervención y en la relación terapéutica. Se complementará con la exposición de investigaciones de punta, destacando aquellas que amplíen y profundicen temáticas interesantes del trastorno.

También se hará énfasis en las investigaciones que exponen con profundidad las coocurrencias comunes del trastorno de personalidad dependiente. Anudado a esto, se explica el trastorno mixto de ansiedad y depresión, presentando los criterios diagnósticos desde el CIE-10, y la caracterización de cada uno, con el fin de tener más claridad en las temáticas. Se expondrán también los modelos explicativos tanto de la ansiedad como la depresión, para luego exponer investigaciones de punta que explican la eficacia de los tratamientos actuales.

De acuerdo a lo explicado, se realizará el análisis de caso a la luz de los elementos más relevantes del caso identificados por la terapeuta; finalizando con las conclusiones y discusiones en las que se retoman los objetivos y se expresa el cumplimiento de ellos, además de los hallazgos y posibles elucubraciones de la autora.

3. Justificación

Los contenidos que se desarrollarán en el presente texto se encuentran enmarcados en una de las metodologías más utilizadas en investigación en psicología, la cual corresponde a los estudios de caso. Al respecto Buela casual & Sierra (2002) afirman:

...es una de las más útiles desde el punto de vista aplicado, pues permite que los clínicos puedan transmitir sus experiencias de una forma sistemática, y que otros psicólogos puedan entenderlas y discutir las, lo que sin duda contribuye al acercamiento entre teoría y práctica de la psicología clínica. (p. 256)

Adicionalmente es importante señalar, que dado que aquellos interesados en la investigación de la psicología clínica requieren “conocer las experiencias de los psicólogos

clínicos profesionales y estos necesitan las directrices de los investigadores para planificar su actividad profesional y comunicarla en términos estándares para que sea comprensible en la comunidad profesional” (Buela-casal & sierra, 2002, p.527), el estudio aquí desarrollado cuenta con un enfoque basado en la evidencia, por el que se “pretende legitimar tratamientos y teorías que presenten pruebas empíricas que respalden sus resultados”. (Morianana & Martínez, 2011, p. 81)

En concordancia con lo anterior -el enfoque epistémico (cognitivo-conductual) abordado-, las directrices que sirvieron de guía en el proceso de elaboración del mismo (específicamente en el modelo implementado para sistematizar la información), fueron establecidas a partir de las normas expuestas por la Academia de Terapia Cognitiva¹, las cuales brindan las herramientas necesarias y la claridad pertinente para su planteamiento.

Respecto a los problemas de salud mental, Murray & López (1996) citados por Sarason (1996) señalan que representan más de la mitad de las enfermedades incapacitantes que afligen a las personas alrededor del mundo. En éstos, hay diferentes tipos de trastornos de personalidad que se clasifican según los rasgos particulares que se acentúen formando

¹Elementos necesarios: Título del caso, Psicólogo tratante, Centro, resumen, identificación del paciente, análisis del motivo de consulta, historia del problema, análisis y descripción de las conductas problemas (la Academia de Terapia Cognitiva solicita además la historia psiquiátrica pasada, la historia social y personal del paciente, la historia médica, las observaciones sobre el estado mental, un diagnóstico según DSM, los precipitantes del problema, el análisis del enfoque transversal de las cogniciones y las conductas actuales, el enfoque longitudinal de cogniciones y comportamientos, las fortalezas del paciente y la hipótesis de trabajo), establecimiento de las metas de tratamiento, estudio de los objetivos terapéuticos, selección del plan de tratamiento, selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos así como la aplicación del tratamiento.

patrones profundamente arraigados, duraderos, de comportamiento inflexible, desadaptativo o antisocial y que afectan significativamente el funcionamiento social u ocupacional de un individuo.

Para este estudio de caso realizado con un paciente con diagnóstico de trastorno dependiente de la personalidad y un trastorno mixto de ansiedad y depresión, se tuvo en cuenta cómo desde la psicología clínica experimental numerosos estudios empíricos han examinado la validez del modelo cognitivo comprobando sus hipótesis respecto al papel de las disfunciones cognitivas en la psicopatología. (Haaga, Dyck & Ernest, 1991)

En el caso específico de las personas con trastorno de personalidad dependiente TPD (el cual corresponde al caso seleccionado para este estudio dada la alta prevalencia de este trastorno en la sociedad actual y por los altos costos que genera en la calidad de vida de los sujetos que la padecen).

Gallagher-Thompson., Gray, Dupart, Jimenez, & Thompson (2008) encontraron que el TPD (17%) y el Trastorno de personalidad por evitación (21%) eran los trastornos de personalidad más frecuentes en una muestra de 120 pacientes mayores que tenían trastornos depresivos. Además Greenberg y Bornstein (1988) proponen que los pacientes con TPD corren riesgo de depresión, abuso de alcohol y dependencia de la nicotina. Beck y Freeman (2005) aseguran que los trastornos por ansiedad son también comunes entre los individuos con TPD.

En general, al contar para su supervivencia con las otras personas, son especialmente proclives a la angustia de separación y les preocupa la posibilidad de ser abandonados y tener que cuidarse por sí mismos. Cuando prevén y temen nuevas responsabilidades que no se creen capaces de asumir, pueden producirse crisis de angustia (Beck y Freeman, 2005).

La terapia cognitivo conductual ha demostrado ser un tratamiento empíricamente efectivo para muchos trastornos del eje I (depresión, trastorno de pánico, bulimia nerviosa), razón por la cual es considerada para el desarrollo del caso aquí expuesto.

Cabe señalar que pese a que la dependencia emocional se presenta como factor de vulnerabilidad de los trastornos, existe una necesidad normal de los seres humanos de estar en contacto con otros. Diversas investigaciones hoy señalan que una dependencia patológica puede ser factor de riesgo para trastornos como la depresión, mientras que una necesidad normal está relacionada con la calidez y valoración de la relaciones interpersonales (Castello, 2005, Dankle, Blankstein, Zuroff, Lecces & Hui, 2006), tema que Bornstein (1993) explica ampliamente años atrás.

Para finalizar, es menester indicar que la presente elaboración investigativa en psicología clínica representa un ejercicio que aporta a la difusión académica y científica en el campo de la salud mental y aporta en la construcción del proceso de formación y praxis de estudiantes, profesores, profesionales de la salud y público en general; ya que aporta herramientas para el abordaje de casos de TPD (guía protocolaria de intervención para el tratamiento de TPD) a partir de una conceptualización amplia del caso clínico, del sustento teórico con el que se construye la propuesta de intervención y del proceso terapéutico realizado). Todo ello, cumpliendo con los estándares exigidos por los entes académicos.

4. Área Problemática

Para el desarrollo y comprensión del presente trabajo (propuesto como un estudio de caso único), resulta pertinente exponer las generalidades del campo en el que se encuentra:

el campo de la psicopatología. Por tanto es adecuado en primer lugar, responder a la pregunta sobre ¿qué es la psicología anormal?

Los trastornos mentales enmarcados en la psicología anormal refieren al área que se enfoca en la conducta desadaptativa -abarcando causas, consecuencias y tratamiento-. Al respecto Sarason (1996) refiere:

Ésta comprende desde los engaños que desafían la realidad hasta la debilitación severa frente a las preocupaciones y las excentricidades. Este espectro incluye entonces, problemas relacionados con las capacidades para 1) pensar de forma lógica y racional, 2) enfrentar de manera afectiva el estrés y los desafíos que se presentan en diferentes situaciones y a lo largo de la vida, 3) demostrar estabilidad emocional y crecimiento. (p.250)

Según el autor (1993) cuando la salud mental se ve afectada, pueden surgir diferentes problemáticas como: baja autoestima, distorsión de la realidad, menor competencia, ansiedad, depresión, ira y reactividad fisiológica. Por tanto, la mayoría de conductas que estudia la psicología anormal, se relacionan con las fallas, inadecuaciones e inadaptación del hombre.

Sobre la salud mental Núñez (2006) expone que ha de ser entendida como un proceso de interrelación de diversas dimensiones del hombre, consistente en el manejo de las demandas tanto internas como externas. La prevalencia de los trastornos de personalidad del cluster C en la población en general cuenta con el 5,2% para el evitativo (Klein et al., 1995), el 9,3% para el trastorno obsesivo-compulsivo (Negro, Noyes, Pfohl, Goldstein, & Blum, 1993), y el 10,3% para el trastorno de personalidad dependiente (Drake, Adler, & Vaillant, 1988).

Dichas tasas de prevalencia en pacientes ambulatorios psiquiátricos son incluso más elevados, como afirman Alnaes y Torgersen (1988) quienes en una muestra de 298 pacientes ambulatorios, el 55 por ciento cumplió los criterios de diagnóstico para el evitativo, 47% para los dependientes, y de 20% para el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva.

Ahora bien, respecto a la adaptación es preciso indicar que comprende por un lado, el equilibrio entre lo que las personas hacen y lo que desean hacer y, por otro, lo que el ambiente (la comunidad) requiere. De éste modo, describir una conducta como inadaptada, implica que existe un problema frente al que el individuo es vulnerable dada su incapacidad para el afrontamiento del mismo y/ o el estrés excepcional que éste le genera, provocándole dificultades para vivir.

Vale indicar, que si bien es importante la anterior conceptualización sobre “conductas inadecuadas” o “desadaptativas”, dichos términos no deben ser utilizados como un estigma para aquellas personas que lo padecen, sino a fin de ubicar ciertas patologías con el propósito de identificarlas y tratarlas.

Ahora bien, dentro de la psicología anormal es de vital importancia esbozar el concepto de “trastornos mentales”, entendido como un patrón conductual o psicológico de impacto clínico, que aparece asociado a un malestar. Se encuentra en el DSM 5 (2013, p.750) que:

Este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular. Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado, ni los conflictos entre el

individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.

Ya que el enfoque epistemológico desde el cual se plantea este trabajo es cognitivo conductual, es clave señalar sobre el modelo teórico y clínico del mismo (terapia cognitivo-conductual o TCC) que fue desarrollada por Aaron T. Beck en la universidad de Pensilvania a principios de los años 60's como una psicoterapia enfocada para el tratamiento de la depresión, la cual se caracterizaba por ser estructurada, breve y orientada al presente, dirigida a la resolución de los problemas actuales y la modificación de conductas y pensamientos disfuncionales.

Por tanto, la definición de psicoterapia desde este punto corresponde a una “teoría de la psicopatología que sostiene que la percepción y la estructura de la experiencia del individuo determinan sus sentimientos y conducta” (Beck, 1983, p.50).

Desde este enfoque, entonces se plantea que es el sujeto quien que a partir de sus experiencias tempranas o de gran impacto emocional, conforma creencias nucleares que estructuran la forma de percibir el mundo. De ese modo, se concibe al hombre como protagonista de sí mismo, con criterios para definir sus procesos cognitivos, aquellos que constituyen sus interpretaciones e influyen directamente sobre las emociones y las conductas.

Así pues, no es la situación en sí misma la que determina lo que las personas sienten, sino el modo en que percibe la situación (principio fundamental de la TCC que proviene de la filosofía estoica (350 a.c al 180 d.c) y de las filosofías religiosas orientales budista y taoísta).

Vale señalar que siendo características de la TCC: el tiempo limitado; tener un procedimiento activo, directivo y estructurado y la implementación de técnicas de

persuasión y comprobación empírica; y siendo sus objetivos: el alivio del malestar psicológico mediante la modificación de esquemas disfuncionales y la ayuda al paciente para que piense y actúe de una manera más realista y adaptativa en relación a sus problemas; se encuentra relación teórica con la psicología cognitiva, ya que ésta defiende el mismo método científico de investigación, se enmarca en un modelo de colaboración paciente-terapeuta, y se fundamenta en la interrelación de cinco elementos: cognición, biología, emoción, conducta y ambiente.

Desde el modelo cognitivo-conductual se habla de psicopatología específicamente como aquello caracterizado por una serie de esquemas idiosincrásicos desadaptativos que dominan el sistema del procesamiento de la información cuando son activadas por situaciones estresoras; esquemas² (cognitivo / afectivo / conductuales) que tienden a ser rígidos e imperativos.

Por otro parte, según los teóricos de la terapia cognitiva (la cual se basa en la hipótesis de la “vulnerabilidad cognitiva”), el TPD³ puede concebirse como derivado de dos supuestos clave:

² Los cuales al organizarse en eslabones y en sub-organizaciones son conocidos como los “modos” los cuales hacen parte de la personalidad.

³ Según los criterios diagnósticos del DSM 5 (2013): Se caracteriza por la necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva a un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco o más de los siguientes hechos: 1. Les cuesta tomar decisiones cotidianas con el consejo y la tranquilización excesiva de otras personas. 2. Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida. 3. Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación. 4. Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo (debido a

Primero, estos individuos se ven a sí mismos como inadecuados y desvalidos, y por lo tanto incapaces de enfrentar con éxito al mundo de manera autónoma; y segundo, perciben el mundo como peligroso y solitario; siendo por tanto la principal distorsión cognitiva del TPD el pensamiento dicotómico con respecto a la independencia (Beck y Freeman, 2005). Dado lo anterior, es fundamental que en el trabajo con TPD como en cualquier otro que se busque la comprensión de los trastornos psicológicos sea utilizada este tipo de terapia.

Numerosos estudios demuestran los aspectos fundamentales y la prevalencia de este trastorno perteneciente al Clúster C. Tal como afirmó Schoenleber (2010) el trastorno de personalidad dependiente (TPD) se asocia con el exceso de cuidado de los padres, lo que puede impedir el desarrollo de la autonomía y un sentido de competencia en el niño. Así mismo, Davinson (2018) plantea que los trastornos del Clúster C, principalmente el evitativo y dependiente son rasgos raramente asociados con éxito en cualquier profesión, ya que aquellos con rasgos dependientes presentan miedo exacerbado al rechazo y son demasiado dependientes de los demás para obtener soporte.

Serrano y Abello (2011) citando a Colina y Rodríguez (2008) afirman además que “los pacientes con Trastornos de personalidad por dependencia (TPD) presentan problemáticas en el área afectiva a lo largo de la evolución” (p.17). Es por ello que la ansiedad surge ante situaciones específicas que les resultan de difícil manejo -las cuales evalúan como

la falta de confianza en el propio juicio). 5. Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan. 6. Se siente incómodo de indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo. 7. Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen. Y 8. Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo (p.367)

amenazantes- siendo el beneficio de estas reacciones, las conductas complacientes por parte de los demás, las cuales en consecuencia, refuerzan la problemática de personalidad.

Así pues, dada su estructura de personalidad, se presentan grandes dificultades a nivel de las relaciones afectivas, sociales e incluso terapéuticas, tal como lo plantean Ryum, Stiles, Svartberg, McCullough (2010), los graves problemas interpersonales asociados con clúster C, en general pueden representar un obstáculo para la construcción de una relación de confianza y colaboración con el terapeuta, puesto que puede provocar la frustración creciente por parte del terapeuta y la obstaculización del tratamiento.

En conclusión, el presente trabajo se desarrolla en el contexto de la psicología anormal, bajo la modalidad de caso clínico único, examinando, desde la terapia cognitivo-conductual, el caso de un paciente diagnosticado con Trastorno de personalidad dependiente y Trastorno mixto de ansiedad y depresión.

5. Preguntas guías y objetivos

5.1. Objetivo General

Describir, explicar y analizar el proceso psicoterapéutico de un caso único de Trastorno dependiente de la personalidad y trastorno mixto de ansiedad y depresión desde la terapia cognitiva.

5.2. Objetivos Específicos

- Describir y comprender de manera detallada la información específica del caso clínico, permitiendo la formulación y diagnóstico del mismo
- Explorar modelos teóricos y terapéuticos desde el enfoque cognitivo conductual que

permitan el abordaje y profundización del trastorno de personalidad dependiente y el trastorno mixto de ansiedad y depresión

-Investigar los tratamientos eficaces y efectivos para el abordaje clínico del trastorno dependiente de la personalidad y el trastorno mixto de ansiedad y depresión.

6. Historia clínica del paciente

6.1. Historia del caso

6.1.1. *Datos Generales*

Paciente llamado Joaquín, sexo masculino, 21 años de edad, residente de Chinchiná, soltero, actualmente vive con sus padres, tiene un hermano mayor y una hermana melliza.

Estudiante de administración industrial modalidad nocturna de noveno semestre.

6.1.2. *Motivo de consulta*

Paciente refiere: “Me siento muy angustiado, preocupado y desesperado porque tengo que iniciar nuevamente la práctica profesional. Cuando lo intenté en el pasado, no fui capaz y no la terminé (...) cuando pienso que tengo que iniciar la práctica sudo mucho, me mareo, se me acelera el corazón, siento que no puedo respirar bien, me pongo pálido, no duermo, me da escalofríos, no como y a veces me despierto temblando...yo realmente pienso que no voy a ser capaz de afrontar esto”.

6.1.3. *Historia del problema actual*

Las crisis ansiosas de Joaquín inician en la segunda mitad del 2015 (en 7º semestre) al momento de tener que iniciar las pre-prácticas académicas y distanciarse de su primo, con quien siempre había permanecido en el contexto académico y personal, lo que hace que

Joaquín decida no iniciar las pre-prácticas, y debido a su desempeño académico, los docentes le permiten presentar un trabajo en lugar de realizar la práctica. Dos meses después Joaquín requiere iniciar nuevamente una práctica, la cual inicia, pero debido a la aparición de los síntomas decide retirarse de esta.

En noviembre de 2016 se exacerban los síntomas ansiosos de Joaquín debido a la necesidad de iniciar en aproximadamente dos meses nuevamente la práctica profesional de su pregrado como requisito para obtener su título universitario, lo que lo lleva a consulta el 26 de noviembre⁴ de 2016, presentando los siguientes síntomas a nivel cognitivo, emocional, conductual, fisiológico y ambiental:

Cognitivo:

- Pensamientos relacionados con la incapacidad
- Pensamientos referentes a la dependencia o al temor a estar solo
- Pensamientos de inferioridad
- Ideas pasivas de muerte

Afectivos:

- Síntomas ansiosos y depresivos, sentimiento de abatimiento y desesperanza

Conductual:

- Evitación de las situaciones temidas, llanto frecuente, dependencia hacia primo y figuras primordiales.

Somáticos:

⁴ Durante ese mismo mes inicia proceso por psiquiatría y se encuentra medicado con Escitalopram de 20 mg

- Pérdida de apetito, taquicardia, insomnio de conciliación y mantenimiento, temblor corporal, sudoración, palidez, dificultad para respirar, sensación de mareo y escalofríos.

Estresores ambientales:

- A nivel académico: Iniciar la práctica profesional.
- A nivel familiar: Constantes comparaciones de sus padres con la hermana
- A nivel personal: Comparación que él hace con los logros de su hermano.

6.1.4. *Historia psiquiátrica pasada*

-Personalidad pre-mórbida ansiosa.

Joaquín refiere su primera crisis ansiosa a la edad de 10 años cuando sus padres deciden cambiarlo del colegio en el que había estudiado con su hermana melliza y su primo (con quien refiere que se sentía protegido y siempre estaba junto a ellos a cualquier hora del día). Al momento de ingresar al colegio, empieza a presentar dificultades para conciliar el sueño y su apetito disminuye, además de esto se registra presencia permanente de llanto y preocupación por encontrarse sólo y no conocer a nadie. Ante tal situación, sus padres deciden retirarlo del colegio después de la primera semana de clase y regresarlo a la anterior institución.

Durante su infancia reporta síntomas de ansiedad por separación, no diagnosticada ni tratada, ya que expresa que sentía temor cuando sus padres, hermana o primo no estaban. Y en la adolescencia el paciente evidencia una marcada tendencia ansiosa. Cabe decir que a lo largo de la vida de Joaquín (hasta el momento de la consulta), en los diferentes espacios

recreativos, académicos, familiares, personales o sociales se encontraba acompañado de las figuras importantes para él.

La primera crisis Joaquín la reporta nuevamente al iniciar su pre-práctica universitaria en 7ª semestre de su pregrado debido a que debía separarse de su primo con quien había estado en casi todos los espacios de su vida; la cual abandonó dada la presencia de síntomas ansiosos, tales como: sudoración, palpitaciones, pérdida de apetito, temblor corporal, insomnio, dificultad para respirar, sensación de mareo, escalofríos, palidez e ideas sobrevaloradas de minusvalía. Debido a las competencias académicas de Joaquín le permitieron no realizar la práctica en ese semestre, si no realizar un trabajo escrito.

Estas crisis se repiten nuevamente al iniciar las prácticas en 8º y 9º semestre (ya que debía enfrentar solo un entorno desconocido sin la compañía de sus figuras de apoyo), las cuales nuevamente abandona, dada la intensidad de los síntomas.

Actualmente, Joaquín se encuentra próximo a iniciar su último semestre, y cómo requisito de grado se exige la culminación satisfactoria de la práctica profesional; hecho que desencadena los síntomas actuales en el paciente.

Respecto a los antecedentes psiquiátricos familiares se evidencia la presencia de rasgos ansiosos tanto en la madre como en el padre. Actualmente, paciente en proceso por psiquiatría y medicado con Escitalopram 20 mg desde noviembre de 2016.

6.1.5. *Historia social y personal*

Joaquín proviene de una familia nuclear, es el menor de tres hermanos, su hermano es 6 años mayor que él y su hermana es melliza; dada la lejanía en edad del paciente con su hermano, no se creó una relación cercana entre ellos. Desde el parto Joaquín presentó

complicaciones y quebrantos de salud, lo cual lo llevo a ser denominado como “el mellizo enfermo”, y por esta razón tuvo múltiples hospitalizaciones hasta los 5 años.

Durante su infancia presentó ansiedad por separación respecto a sus padres en el contexto escolar, y problemas de obesidad, razón por la cual en la escuela fue víctima de bullying; su hermana y su primo quienes siempre permanecían con él tanto en el contexto académico como familiar, lo protegían y cuidaban. Los padres de Joaquín pese a que eran sobreprotectores, principalmente con él debido a sus enfermedades previas, permanecían ausentes la mayor parte del tiempo debido al trabajo, no obstante la abuela materna era quien se encargaba de cuidarlos en ausencia de estos, replicando estas mismas conductas sobreprotectoras con Joaquín.

Éste refiere: “mis padres pese a que no estaban en la casa la mayor parte del tiempo (aunque si no estaba con ellos, estaba con mi hermana y mi primo), sentía que siempre los extrañaba mucho, sin embargo cuando llegaban estaban muy pendientes de mí, me cuidaban y atendían mucho”.

En la adolescencia Joaquín empezó a fortalecer su aspecto interpersonal, y creó mayores vínculos con amigos y compañeros de colegio, además de espacios recreativos y lúdicos, no obstante siempre en compañía de su hermana y primo. Posteriormente al momento de salir de bachillerato, a diferencia de su hermana, Joaquín no tenía clara su elección profesional y terminó por elegir la misma carrera de su primo e iniciar con él los estudios universitarios. Pese a esto, Joaquín siempre presentó un historial académico sobresaliente al resto de sus compañeros, obteniendo excelentes notas y reconocimientos. So pena a las notas académicas y el rendimiento de Joaquín, su familia lo comparó permanentemente con el desempeño académico, la “determinación” y “autonomía” de su hermana.

Durante toda la carrera Joaquín y su primo permanecieron juntos, hasta llegar a 7º semestre universitario, en el cual y de ahí en adelante debían realizarse prácticas universitarias e ir a diferentes instituciones, lo cual contribuyó a las crisis ansiosas venideras de Joaquín. Estas crisis generaron en él un deterioro tanto social, académico como personal.

Finalmente, a nivel afectivo Joaquín a partir de 5 semestre universitario inició una relación amorosa con una mujer 10 años mayor que él; relación que continuo hasta octubre de 2017.

6.1.6. *Historia médica*

Si bien el paciente refiere que durante los 5 primeros años de su vida su estado de salud se encontró gravemente deteriorado generando hospitalizaciones constantes, no especifica las afecciones médicas que produjeron esto.

Actualmente no se presenta ninguna dificultad o enfermedad médica que afecte su cotidianidad o en efecto el proceso terapéutico.

6.1.7. *Observaciones sobre el estado mental*

Paciente orientado alopsíquica y autopsíquicamente, apariencia y porte adecuados, conducta motora ansiosa, atención alterada, nivel sensorial adecuado, pensamientos con contenido ansioso respecto a la incapacidad de enfrentar su práctica sin un apoyo o compañía, ideas sobrevaloradas de desesperanza, ideas pasivas de muerte, velocidad del discurso rápida, estado de ánimo hipotímico, afecto congruente y resonante, introspección pobre, prospección positiva; lenguaje, juicio de realidad e inteligencia intactos.

6.1.8. *Pruebas y resultados*

- Cuestionario internacional de los trastornos de la personalidad IPDE- DSM IV
- Inventario de ansiedad de Beck (Pre-test)

Resultados iniciales: IPDE DSM IV: Mayores puntuaciones en personalidad dependiente (6), evitativa (8) y obsesiva-compulsiva (6)

BAI pre-test: 49 puntos = Nivel grave de ansiedad

6.1.9. *Diagnóstico según cie-10*

F412 Trastorno mixto de ansiedad y depresión.

F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia. (301.6)

6.2. Formulación del caso

6.2.1. *Precipitantes*

El principal precipitante del problema psicológico actual inicia con la separación del primo en el contexto académico. Lo que implica para Joaquín estar solo la mayor parte del tiempo sin el apoyo de alguien, lo cual genera en él marcado malestar clínico, afectando su procesamiento de la información y su funcionalidad.

6.2.2. *Activadores*

Las situaciones de menor escala que promueven una activación de los síntomas ansiosos en Joaquín son: escuchar una conversación de sus compañeros en la que hablen de la práctica profesional, escuchar que en clase los docentes recuerden el inicio de la práctica, que alguien de su familia lo compare con alguno de sus hermanos en términos de competencias y logros, y finalmente tener que estar solo en alguna situación.

6.2.3. *Enfoque transversal de las cogniciones y de las conductas actuales*

Una situación activadora en Joaquín es cuando escucha a los docentes o compañeros comentar acerca de la práctica académica, Joaquín piensa: “me da mucho susto enfrentar mi día a día, me da mucho miedo estar todo el día solo en una institución”, lo cual le genera a nivel emocional, ansiedad, tristeza e impotencia, ocasionando a nivel conductual el salir del salón y llorar.

Otra situación activadora de malestar es cuando escucha a su hermano hablando de su nuevo trabajo, a nivel cognitivo se presenta el pensamiento de “ellos son mejores que yo, han podido hacer lo que quieren, yo dudo de que sea capaz de salir a delante”, lo cual le produce a nivel emocional ansiedad y tristeza. Lo que hace que se marche para su cuarto y llore.

Una tercera situación, es al momento de irse a dormir y despedirse de sus padres, allí se evidencian los siguientes pensamientos: “Creo que no soy capaz de hacer nada, que dependo totalmente de mis padres y eso me hace sentir muy mal, pero también me da mucho miedo estar sin ellos”, generando tristeza y ansiedad, evitando que pueda conciliar el sueño fácilmente

| Situación | Pensamiento | Emoción | Conducta |
|--|---|--|---|
| Profesores y compañeros de la práctica hablan en la clase de la práctica | -me da mucho susto enfrentar mi día a día -Me da mucho miedo estar todo el día solo en una institución | -angustia, temor, tristeza e impotencia. | -Salir del salón, irme para el baño y llorar |
| Ver a mi hermano hablando de su nuevo trabajo | -Ellos son mejores que yo, han podido hacer lo que quieren. -Yo no sé si sea capaz de salir a delante | -Angustia, desespero y tristeza | -Me voy para mi cuarto y lloro |
| Estoy en la cama antes de dormir | -Creo que no soy capaz de hacer nada, que dependo totalmente de mis padres ,y eso me hace sentir muy mal, pero también me da mucho miedo estar sin ellos. | -tristeza, preocupación, angustia y temor. | -Me quedo acostado pero no soy capaz de quedarme dormido. |

6.2.4. *Enfoque longitudinal de cogniciones y comportamientos*

Joaquín creció en un núcleo familiar caracterizado por un ambiente sobreprotector, en especial por sus padres (estos de conductas ansiosas), hermana y primo; constante comparación con su hermana melliza en términos de capacidades; necesidad de sus padres por evitar que Joaquín se enfrentara a situaciones difíciles, el bullying realizado en el colegio debido a su peso; todos estos elementos hicieron que este desarrollara una creencia nuclear de “no soy capaz solo”, sintiéndose débil e incapaz de afrontar las situaciones de su vida, razón por la cual creo supuestos para protegerse de su creencia.

Tales supuestos son: “Tengo que estar acompañado por las personas importantes para mí, si estoy acompañado por personas importantes para mí, entonces me sentiré protegido y

capaz, por tanto si estoy solo no podré hacer nada”; “Tengo que evitar tomar decisiones yo solo, si evito tomar decisiones por mí mismo, las cosas saldrán bien, por tanto si no lo hago podré equivocarme y no sabré qué hacer”; “No puedo pelear ni tener conflictos con los demás, si evito el conflicto las cosas estarán bien y los demás estarán conmigo, por tanto si entro en conflicto con los demás, los otros se irán de mi lado y las cosas saldrán muy mal”.

Acompañado a lo anterior, se evidencian estrategias conductuales como: dependencia emocional e instrumental, evitación en la toma de decisiones y evitación de conflictos.

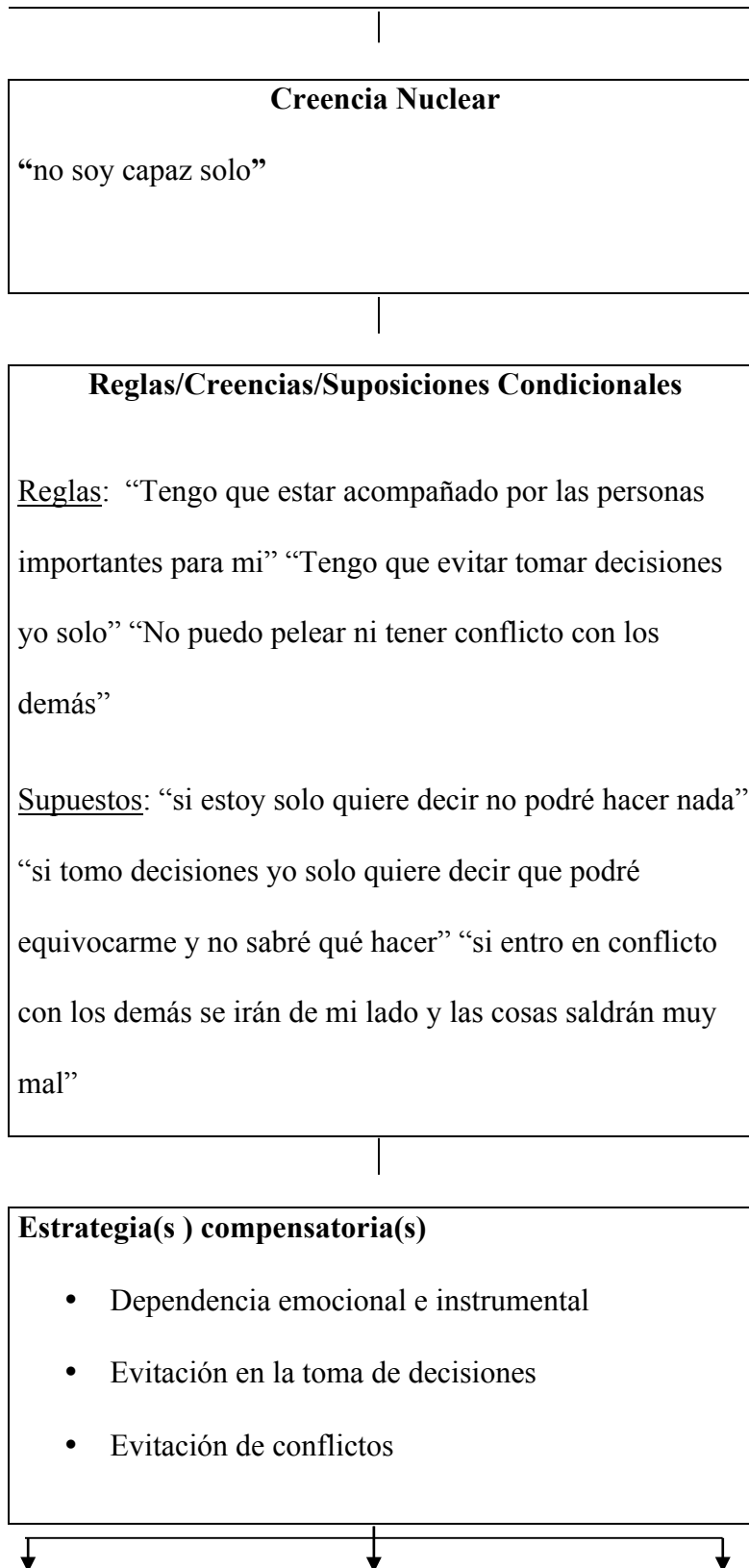
6.2.5. *Diagrama de conceptualización*

Nombre del Paciente: Joaquín

Diagnóstico: Trastorno mixto de Ansiedad y
depresión.
Trastorno de personalidad
dependiente

Datos Relevantes de la Infancia

- Padres con rasgos ansiosos
- Padres sobreprotectores y condescendientes
- Acompañamiento permanente por gran parte de su vida de su hermana y primo
- Comparación constante con su hermana melliza
- Bullying en la infancia



| | | |
|--|---|--|
| <p><i>Situación 1</i></p> <p>Profesores y compañeros hablan en clase de la práctica</p> | <p><i>Situación 2</i></p> <p>Ver a mi hermano hablando de su nuevo trabajo</p> | <p><i>Situación 3</i></p> <p>Estoy en la cama antes de dormir y me despido de mis papás</p> |
| <p>Pensamiento</p> <p>Automático</p> <p>“creo que no voy a ser capaz, me da mucho susto enfrentar mi día a día”, “No voy a poder estar todo el día solo en una institución”.</p> | <p>Pensamiento</p> <p>Automático</p> <p>“Mis hermanos son mejores que yo, han podido hacer lo que quieren”, “Yo dudo de que sea capaz de salir a delante”</p> | <p>Pensamiento</p> <p>Automático</p> <p>“Creo que no soy capaz de hacer nada, que dependo totalmente de mis padres, y eso me hace sentir muy mal, pero también me da mucho miedo estar sin ellos.”</p> |
| <p>Significado del P.A.</p> <p>“no soy capaz solo”</p> | <p>Significado del P.A.</p> <p>“no soy capaz solo”</p> | <p>Significado del P.A.</p> <p>“no soy capaz solo”</p> |
| <p><i>Emoción</i></p> <p>Ansiedad, tristeza e impotencia.</p> | <p><i>Emoción</i></p> <p>Ansiedad y tristeza</p> | <p><i>Emoción</i></p> <p>Tristeza y ansiedad.</p> |

| | | | | | |
|---|--|------------------------------|--|---|--|
| | | | | | |
| <i>Conducta</i> | | <i>Conducta</i> | | <i>Conducta</i> | |
| Salir del salón, irse para el baño y llorar | | Irse para su cuarto y llorar | | Quedarse acostado sin poder conciliar el sueño. | |

6.2.6. Fortalezas y apoyo

Paciente quien se muestra comprometido con el proceso, atento y colaborador con las tareas para el hogar, inteligente, deportista, adherente al tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico, red de apoyo sólida y activa.

6.2.7. Hipótesis de trabajo

La crisis ansiosa y depresiva desencadenada actualmente, sumada al trastorno de personalidad dependiente de Joaquín, son elementos que se registran y conforman desde la infancia del paciente. Debido al estilo de afrontamiento de los padres frente a la enfermedad de Joaquín al nacer, el refuerzo constante de la dependencia al otro, la evitación de situaciones estresoras o en las que se debía enfrentarse solo a un contexto nuevo, y la comparación constante con su hermana respecto a sus competencias y logros; hizo que Joaquín formara una creencia nuclear de incapacidad; tal como expone Beck y Freeman (2005):

Los trastornos por ansiedad son también comunes entre los individuos con TPD.

Como para su supervivencia cuentan con las otras personas, son especialmente proclives a la angustia de separación y les preocupa la posibilidad de ser

abandonados y tener que cuidarse por sí mismos. Cuando prevén y temen nuevas responsabilidades que no se creen capaces de asumir, pueden producirse crisis de angustia y sintomatología depresiva. (p.230)

Por tanto, para enfrentar la creencia nuclear, el paciente optó por depender de los otros y evitar a toda costa las situaciones en las que se encontrara sólo; como plantea Beck y Freeman (2005) “las personas con TPD llegan a la conclusión de que la solución al problema de ser inadecuado en un mundo espantoso consiste en tratar de hallar a alguien que les proteja y les cuide” (p. 237).

Lo anterior llevó a Joaquín a formar supuestos como: “Tengo que estar acompañado por las personas importantes para mí, si estoy acompañado por personas importantes para mí, entonces me sentiré protegido y capaz, por tanto si estoy solo no podré hacer nada”; “tengo que evitar tomar decisiones yo solo, si evito tomar decisiones por mí mismo, las cosas saldrán bien, por tanto si no lo hago podré equivocarme y no sabré qué hacer”; “no puedo pelear ni tener conflictos con los demás, si evito el conflicto las cosas estarán bien y los demás estarán conmigo, por tanto si entro en conflicto con los demás, los otros se irán de mi lado y las cosas saldrán muy mal”.

De este modo, cuando el paciente se enfrenta a un contexto nuevo sin la presencia de personas significativas para él, representa poner a prueba sus capacidades y competencias para afrontar las situaciones de manera autónoma e independiente, sin la compañía y el refuerzo de los otros; en este caso el enfrentarse a la práctica profesional sin la compañía de su primo, quien había estado a su lado durante todos los años anteriores, incluso en el pregrado, precipitó los síntomas ansiosos y depresivos. Siguiendo las palabras de Beck y Freeman (2005) los individuos con TPD se ven a sí mismos como intrínsecamente inadecuados y desvalidos, y por lo tanto incapaces de enfrentarse con éxito al mundo por sí

solos; caracterizándose por ser extremadamente no asertivos y muy ansiosos en cuanto a la toma independiente de decisiones y resolución de conflictos.

6.3. Plan de tratamiento

Durante las primeras sesiones se trabajó con Joaquín la disminución de los síntomas ansiosos y depresivos mediante estrategias cognitivas y conductuales para modificar pensamientos automáticos negativos los cuales le permiten al paciente identificar su lógica disfuncional, realizar técnicas de relajación y respiración, y posibilitar la activación conductual, técnica de dominio y agrado, y asignación de tareas graduales para controlar la sintomatología.

Posteriormente con el fin de disminuir las conductas de evitación, se utilizaron técnicas tanto cognitivas como conductuales. Por nombrar algunas de ellas: re-estructuración cognitiva, técnicas de imaginería, exploración de ventajas y desventajas, entrenamiento en asertividad, toma de decisiones, entre otras. Además de técnicas para identificar y re-estructurar distorsiones cognitivas.

Por otro parte, para fortalecer la autoeficacia, autonomía y autoafirmación se ejecutaron técnicas como re-estructuración cognitiva, biblioterapia, ensayos conductuales, técnicas de imaginación, tarjetas de apoyo, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en asertividad, implementación jerarquía de los comportamientos asertivos e independientes que producen malestar para afrontarlos paulatinamente, tareas de autoprohibición, entre otras.

Y finalmente, para modificar la creencia nuclear “no soy capaz solo” se utilizaron técnicas cognitivas, conductuales y experienciales respectivamente como: Re-

estructuración cognitiva, diálogo socrático, comprobación histórica de la creencia, revisión de la evidencia que contradice la creencia, exploración de ventajas y desventajas de la creencia, poner a prueba la validez de las creencias y construir creencias adaptativas, dramatización racional emotiva, ensayos conductuales, técnicas de imaginación. Re-estructuración de recuerdos tempranos, carta no enviada al niño interior, y cartas a los padres y hermanos.

6.3.1. *Listado de problemas*

- Síntomas ansiosos y depresivos
- Evitación de situaciones temidas
- Dependencia
- Percepción negativa de sí mismo

6.3.2. *Objetivos terapéuticos*

- Disminuir síntomas ansiosos y depresivos presentes en Joaquín
- Disminuir conductas de evitación.
- Fortalecer la autoeficacia, autonomía y autoafirmación en Joaquín
- Modificar creencia nuclear: “No soy capaz solo”

6.4. Curso de tratamiento

6.4.1. *Relación terapéutica*

La naturaleza de la relación terapéutica puede describirse como adecuada, cálida y sólida, generando un espacio cómodo tanto para la terapeuta como para el paciente en el cual se posibilitó el cambio y la modificación de pensamientos, emociones y conductas disfuncionales.

Por otro lado, dado el trastorno de personalidad de Joaquín, se observa dependencia frente al proceso terapéutico y la necesidad de realizar los ejercicios y técnicas en compañía de la terapeuta para disminuir la sintomatología ansiosa.

6.4.2. *Intervenciones y procedimientos*

| Problemas | Objetivos | Técnicas |
|--------------------------------|--|---|
| Síntomas ansiosos y depresivos | Disminuir síntomas ansiosos y depresivos | <ul style="list-style-type: none"> -Psico-educación en ansiedad y depresión (Beck, 1983) -Activación conductual (Beck, 1983) -Técnica de dominio y agrado (Beck, 1983) -Técnicas de respiración y relajación (Jacobson, 1929) -Asignación de tareas graduales (Beck y Freeman, 2005) -Re-estructuración cognitiva (Beck, 1983) -Diálogo socrático (Beck, 1983) |

| | | |
|----------------------------------|-------------------------------|---|
| | | -Auto-registro (Beck, 1983) -Inoculación del estrés (Meichenbaum, 1987) |
| Disminuir conductas de evitación | -Afrontar situaciones temidas | -Identificación de distorsiones cognitivas (Beck, 1983) -Re-estructuración cognitiva (1983) -Exploración de ventajas y desventajas de la toma de decisiones (Beck, 1983) -Diálogo socrático (Beck, 1983) -Técnicas de imaginería (J. Beck, 2000) -Exposición gradual (Clark & Beck, 2012) -Entrenamiento en asertividad (Riso, 2006) -Entrenamiento en toma de decisiones (D`Zurilla & Golfried, 1971) |

| | | |
|-------------|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> -Formulario para la resolución de problemas (J. Beck, 2000) -Ensayos conductuales (Beck, 2000) -Predicciones e interpretaciones catastróficas de pequeños errores (Clark & Beck, 2012) |
| Dependencia | Fortalecer la autoeficacia, autonomía y autoafirmación en Joaquín | <ul style="list-style-type: none"> -Re-estructuración cognitiva (Beck, 1983) -Diálogo socrático (Beck, 1983) -Biblioterapia (Riso, 2006) -Ensayos conductuales (J.Beck, 2000) -Técnicas de imaginación (J.Beck, 2000) -Tarjetas de apoyo (J. Beck, 2000) -Dramatizaciones (J.Beck, 2000) |

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| | | <p>-Entrenamiento en habilidades sociales (Caballo, 2007)</p> <p>-Jerarquía de los comportamientos asertivos e independientes que producen malestar para afrontarlos paulatinamente (Millón, 1998)</p> <p>-Tareas de auto prohibición (Castello, 2005).</p> |
| Percepción negativa de sí mismo | <p>Modificar creencia nuclear:</p> <p>“No soy capaz solo”</p> | <p>Técnicas cognitivo-conductuales de Beck:</p> <p>-Re-estructuración cognitiva (Beck, 1983)</p> <p>-Diálogo socrático (Beck, 1983)</p> <p>-Comprobación histórica de la creencia (Beck,2000)</p> <p>-Revisión de la evidencia que contradice la creencia (Beck, 2000)</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none">-Exploración de ventajas y desventajas de la creencia (Beck, 2000)-Poner a prueba la validez de las creencias y construir creencias adaptativas. (J. Beck, 2000)-Dramatización racional emotiva (Beck, 2000)-Ensayos conductuales (J. Beck, 2000)-Técnicas de imagería (Beck, 2000) <p>Técnicas Experienciales de Young:</p> <ul style="list-style-type: none">-Re-estructuración de recuerdos tempranos (Young, 2015)-Carta no enviada al niño interior (Young, 2015)-Cartas a los padres y hermanos (Young, 2015) |
|--|--|---|

6.4.3. *Obstáculos*

Durante el proceso si bien se observaba resistencia al cambio al momento de la sesión, el paciente se permite realizar los ejercicios y técnicas terapéuticas utilizadas, lo cual contribuye con el proceso y facilita la obtención de resultados. Por otra parte se observa inicialmente dificultad en el paciente a la hora de realizar por sí solo los ejercicios y técnicas propuestas.

6.4.4. *Resultados*

- a) Se observa disminución de los síntomas ansiosos,
- b) Se logra re-estructurar los pensamientos automáticos negativos más predominantes en el paciente.
- c) Paciente consigue debatir los pensamientos que le generan mayor malestar.
- d) Adherencia al tratamiento.
- e) Paciente logra iniciar su práctica académica.
- f) Desarrolla habilidades de toma de decisiones y resolución de conflictos
- g) Paciente finaliza la práctica académica
- h) Emprende diferentes proyectos solos
- i) Se aplica en noviembre de 2017 BAI pos-test: 10 puntos. Lo que significa nivel de ansiedad leve.

7. Descripción detallada de las sesiones⁵

Nota: Al inicio de la intervención se trabajó las tres primeras columnas del plan de tratamiento expuesto anteriormente, y posteriormente se entrena al paciente en las últimas dos columnas del plan.

7.1. Sesión 1 (Duración 2 horas)

Objetivos:

1. Evaluar las problemáticas generales del paciente y su estado actual
2. Identificar los objetivos de la terapia
3. Disminuir los síntomas ansiosos y depresivos

Desarrollo sesión:

El paciente acude a sesión refiriendo exacerbados síntomas ansiosos, malestar y deterioro clínicamente significativo. Se encuentra orientado, con conducta motora ansiosa, estado de ánimo disfórico, afecto congruente, atención alterada, introspección y prospección pobre.

Al inicio de la sesión se conoce el motivo de consulta de Joaquín, se exploran las diferentes áreas afectadas por las crisis indicadas, se evalúa nivel de depresión y ansiedad (subjektivamente el paciente reporta 9 en ambos estados en una escala de 0 a 10 –donde 0 corresponde a ausencia de ansiedad o depresión , y 10 máxima presencia de estas), se identifican los problemas psicológicos a tratar, se realiza el encuadre dentro del modelo cognitivo, se psico-educa al paciente en su trastorno, se disminuye la desesperanza frente a su situación actual, y se exploran sus expectativas.

⁵ Nota: Debido al nivel de activación somática del paciente y sus altos niveles de síntomas depresivos, las sesiones tuvieron una duración mayor a lo normal.

Se establece junto con el paciente los siguientes objetivos a partir de las problemáticas planteadas: disminuir los síntomas ansiosos y depresivos para que pueda llevar a cabo sus actividades cotidianas y posteriormente afrontar las situaciones temidas; fortalecer la autoimagen y autonomía. Se utilizan las técnicas de relajación y respiración basadas en el protocolo de Jacobson de 1922; finalmente se realiza síntesis y retroalimentación por parte del paciente. (Debido al alto nivel de ansiedad reportado por el paciente, se realizan ejercicios de control somático, lo que hizo que la sesión fuera doble).

Se deja como tarea para el hogar realizar auto-registro de pensamientos para conocer las situaciones activadoras de la problemática, los pensamientos automáticos negativos, las emociones y conductas que generan. Finalmente se enviaron los cuestionarios del IPDE desde el DSM IV y el BAI para realizar en casa.

7.2. Sesión 2: (Duración 1 hora y media)

Objetivos:

1. Disminuir síntomas ansiosos y depresivos
2. Comprender la problemática y conceptualización clínica del paciente

Desarrollo de la sesión:

Cuando Joaquín llega a consulta refiere que: “durante la semana he tenido diferentes crisis ansiosas...varios compañeros y docentes comentan frente a la práctica universitaria; y yo de inmediato empiezo a sentirme muy mal, muy preocupado y sin saber qué hacer; me suda todo, y pienso que no voy a ser capaz”. El paciente continúa con conducta motora ansiosa, atención alterada, pensamientos con contenido ansioso y de desesperanza, y estado de ánimo disfórico. Se establece la agenda de la sesión, el paciente expresa la

situación que desea trabajar en consulta, respecto a la crisis manifestada y se acuerda trabajar la disminución de síntomas con él.

Se retoma la sesión anterior, se actualiza el nivel de ansiedad y depresión, se puntúa en una escala del 0 al 10 con respuesta de 9 en ambas, y se revisa el registro de pensamientos, emociones y conductas frente a las situaciones activadoras.

Posterior a esto, se toman los pensamientos que generan mayor malestar y se debaten, anudado al debate, se refuerza el modelo cognitivo, explicándole al paciente que no son las A=situaciones, las que generan las C= reacciones, que son los B= pensamientos, los que provocan el malestar y los síntomas. Se observa que el elemento común de los pensamientos corresponde a ideas de incapacidad al momento de estar solo.

Dado que el paciente continuaba muy ansioso, se realizan técnicas de relajación y se le instruye sobre cómo hacerlas en su casa. Se logra disminuir el nivel de ansiedad del paciente al terminar la consulta, lo que conlleva a mejorar su estado de ánimo. (Se puntúa la ansiedad del 0 al 10 ($r=4$))

Debido a que en ese momento aún no es posible que el paciente debata por sí sólo sus pensamientos, no se dejan actividades para el hogar a excepción del auto-registro. Además, se le dice que puede llamar o escribir en un momento de crisis para realizar una breve intervención telefónicamente. Finalmente se le pide que continúe ejecutando los ejercicios de relajación y se inician ejercicios de activación conductual y tareas graduales.

Nota: Los resultados de las pruebas correspondieron a: IPDE DSM IV: Mayores puntuaciones en personalidad dependiente (6), evitativa (8) y obsesiva-compulsiva (6); y el BAI pre-test: 49 puntos = Nivel grave de ansiedad. Los cuales fueron socializados con el paciente.

7.3.Sesión 3: (Duración 1 hora y media)

Objetivo:

1. Disminuir síntomas ansiosos y depresivos, re-estructurar pensamientos automáticos negativos (PAN) y distorsiones cognitivas.

Desarrollo de la sesión:

Joaquín refiere que las crisis ansiosas continúan al momento de enfrentarse a la situación temida, y que además le es muy difícil realizar los ejercicios de relajación por sí mismo y las técnicas para disminuir la depresión. El paciente continúa con conducta motora ansiosa, atención alterada, pensamientos con contenido ansioso y de desesperanza, y estado de ánimo disfórico.

Dada la dificultad expresada por el paciente hasta el momento, se establece la agenda de la sesión y se acuerda trabajar la disminución de síntomas debido a una situación a nivel social que le generó ansiedad mediante técnicas de imaginación, ya que estas “contribuyen a la reducción de la angustia y torna más probable la identificación de las imágenes espontáneas perturbadoras”. (Beck, 2000, p.240).

Se utiliza esta técnica teniendo en cuenta también que muchos pacientes no solo vivencian pensamientos automáticos en forma de palabras sino que también lo hacen en forma de imágenes y fotografías mentales. (Beck, 2000)

En esa medida al inicio de la consulta se actualiza niveles de ansiedad y depresión, 0 al 10, la ansiedad continúa en 9 y la depresión disminuye a 6, se revisa nuevamente el registro de pensamientos, emociones y conductas en los momentos de malestar, y con estos elementos se da paso al ejercicio de imaginación, para lograr la reestructuración cognitiva y reducir los síntomas ansiosos.

Se utiliza en primer lugar la técnica *–seguir las imágenes hasta su conclusión–* en la cual el paciente evoca una resolución catastrófica de la situación, por lo que se implementa posteriormente la técnica *–cambiar la imagen–*, que consiste en identificar una imagen y luego evocarla, modificando el final. Tras culminarlo, el paciente registra en una escala del 0 al 10, 2 puntos de ansiedad. Por último se realiza la técnica de dominio y agrado para disminuir la sintomatología depresiva.

Finalmente se le explica al paciente las distorsiones cognitivas, se da la lista de distorsiones para que identifique en el transcurso de la semana las más frecuentes en él y paralelamente las re-estructure con lo aprendido en las sesiones. Y también se le pide que realice tarjetas de apoyo con los pensamientos más funcionales para que refuerce las nuevas ideas.

Se explora la historia social y personal del paciente ampliamente, ya que su estado de ánimo se encuentra controlado. Por otro lado se infiere que la posible creencia central corresponde a la categoría de “desamparo” desde la teoría de J. Beck, que se irá corroborando a lo largo del proceso clínico.

7.4.Sesión 4: (Duración 1 hora y media)

Objetivo: Identificar creencias intermedias y creencia central.

Desarrollo de la sesión:

Paciente expresa que ha estado un poco más tranquilo, refiere que durante la semana sólo hubo un momento en el que sintió mucha ansiedad pero finalmente logró debatir los pensamientos que surgían, que realizó las tareas graduales y se ha sentido mejor. Paciente orientado en las tres esferas, conducta motora ansiosa, atención normal, síntomas ansiosos

y depresivos disminuidos, estado de ánimo disfórico, afecto congruente, introspección pobre y prospección positiva.

Se establece la agenda de la sesión, paciente refiere que quisiera hablar sobre sus intereses profesionales, y además se acuerda con él revisar las distorsiones cognitivas de la sesión anterior e iniciar el trabajo con las creencias intermedias y centrales (identificación), ya que el paciente no refiere ninguna situación activadora.

Durante la sesión se actualiza el estado de ánimo del paciente, se puntúa la ansiedad y la depresión del 0 al 10 (respectivamente: 5 y 6), se revisan las tareas del hogar. El paciente comenta que siempre había querido estudiar veterinaria, pero nunca se había atrevido a expresarlo, ya que sería volver a empezar una carrera y estaría más “atrasado” que sus hermanos, por tanto sería “menos que ellos”. Debido a que se identifica esto como un pensamiento automático clave que se sospecha puede desprenderse de una creencia disfuncional en Joaquín porque ha sido muy regular en proceso, se implementa la técnica de “la flecha hacia abajo”, dado que esta permite identificar las creencias intermedias y centrales en el paciente.

A partir de los pensamientos automáticos negativos dados por el paciente “no voy a ser capaz de salir de esto”, “que van a pensar de mí mis hermanos”, “voy a ser el de menos en mi familia”, se realiza la conceptualización cognitiva de Joaquín, y se prosigue con la identificación de las creencias intermedias, se establecen las primeras hipótesis de estas (respecto a la temática en común) y se observan algunas de las estrategias más utilizadas frente a esto como: dependencia, evitación en la toma de decisiones y evitación de conflictos. Los elementos anteriores, sumados a la información de las sesiones previas deja al descubierto una posible creencia central de desamparo -“*no soy capaz*”-.

Por último como tarea para la casa se le pide al paciente que continúe modificando los pensamientos automáticos que aparezcan y controlando su estado de ánimo. Se logra disminuir durante la sesión los niveles de ansiedad del joven y se continúa la verificación de las hipótesis planteadas frente a las creencias.

Nota: se continúa exploración de historia social y personal

7.5. *Sesión 5:* (Duración 1 hora y media)

Objetivo: Identificar y modificar las creencias intermedias

Desarrollo de la sesión:

Paciente orientado en las tres esferas, con conducta motora ansiosa, atención normal, nivel sensorial adecuado, síntomas ansiosos y depresivos disminuidos, afecto congruente, introspección pobre y prospección positiva. Se actualiza el estado de ánimo del paciente, se puntúa la ansiedad del 0 al 10 ($r=2$) y la depresión ($r=5$).

Joaquín expresa que durante la semana pudo resolver y controlar todas las situaciones, por tanto se resalta que el paciente ha puesto en práctica los elementos abordados hasta el momento. Se establece la agenda de la sesión, se le pregunta a Joaquín si hay alguna situación que quiere abordar, a lo cual responde que no, ya que quisiera continuar con los hallazgos de la sesión anterior; por tanto se continúa con la identificación de las creencias intermedias e iniciar su modificación, y se le pide al paciente que resuma lo encontrado durante la sesión anterior.

A partir de esto, se reconocen las creencias que se presentan como pensamientos automáticos, se proporciona una proposición condicional preguntando:- si... por tanto-, y se pregunta directamente por la regla. Frente a este ejercicio se enlistan las creencias

intermedias encontradas y se corrobora la credibilidad de estas en los diferentes contextos y situaciones; las cuales son:

“Tengo que estar acompañado por las personas importantes para mí, si estoy acompañado por personas importantes para mí, entonces me sentiré protegido y capaz, por tanto si estoy solo no podré hacer nada”; “tengo que evitar tomar decisiones yo solo, si evito tomar decisiones por mí mismo, las cosas saldrán bien, por tanto si no lo hago podré equivocarme y no sabré qué hacer”; “no puedo pelear ni tener conflictos con los demás, si evito el conflicto las cosas estarán bien y los demás estarán conmigo, por tanto si entro en conflicto con los demás, los otros se irán de mi lado y las cosas saldrán muy mal”.

A partir de esto se analizan las ventajas y desventajas de estas creencias, como expresa Beck (2000) “el terapeuta se esfuerza por minimizar o descartar las ventajas y enfatizar y reforzar las desventajas” (p. 187). Se debaten y re-estructuran éstas creencias mediante el diálogo socrático y se psico-educa respecto a las creencias intermedias, siguiendo lo dicho por Beck (2000) respecto a la importancia de instruir al paciente frente a la naturaleza de las creencias, explicándole que se trata de ideas y no necesariamente de verdades, que estas han sido aprendidas, que es posible des-aprenderlas, y que pueden ser evaluadas y modificadas.

Finalmente como tarea para el hogar se le pide al paciente que continúe encontrando ventajas y desventajas de las creencias intermedias identificadas, e intente re-estructurarlas como ya se ha realizado previamente al interior de las sesiones.

8. Marco conceptual de referencia

8.1. Comprensión psicopatológica del trastorno dependiente de la personalidad

Antecedentes históricos

| AÑO | EVENTO |
|------------------|---|
| HISTÓRICO | |
| 1800 | En las primeras descripciones de los individuos dependientes fueron a menudo peyorativas. En los escritos psiquiátricos del siglo XIX, la pasividad, la ineficacia y la docilidad excesiva características de estos pacientes se consideran déficit del desarrollo moral. |
| 1913 | Kraepelin y Schneider (1923) proponen “tipo abúlico” y personalidad de “voluntad débil” respectivamente. Ambas categorías refieren a características de pasividad, voluntad irresoluble, facilidad de ser seducidos por los demás, y que estos últimos asuman la responsabilidad. Kraepelin consideraba que este tipo de personalidad era un producto de un retraso en la maduración. |
| MODERNO | |
| 1924 | Freud y especialmente Abraham (1924/1927) propone el “carácter oral-receptivo”, como un tipo de carácter que surgía de una historia temprana de gratificación inusual y se caracterizaba en su forma menos favorables por la creencia de que siempre habría alguien (un |

| | |
|----------------------|--|
| | representante de la madre) que cuidaría de ellos y les brindaría todo lo que necesitan, condenándolos a la inactividad. |
| CONTEMPORÁNEO | |
| 1945 | Fenichel amplió la categoría del “carácter oral” definiendo otros rasgos esenciales como falta de inclinación a cuidar de sí mismo e identificación con el objeto cuidador. Sullivan (1947) si bien se aparta del marco de la teoría libidinosa describe la “personalidad inadecuada” cuyas características se asemejan a lo que dicho por los anteriores autores. |
| | Horney propone el “tipo quejumbroso” caracterizado por necesidad de afecto y aprobación, sentimiento constante de debilidad e indefensión, tendencia a subordinarse a los demás y a valorarse a sí mismo en función de lo que estos piensan. |
| | El antecedente de la categorización diagnóstica de los tipos de personalidad pasivo-agresivo y dependiente fue la categoría empleada en la segunda guerra mundial de reacción inmadura, definida como un tipo neurótico de reacción a las tensiones militares que se manifiesta como desamparo y pasividad.(Anderson, 1966) |
| 1947 | Erich Fromm planteo un grupo de rasgos similares en su caracterización de la “orientación receptiva” refiriendo a aquellas personas que sienten que dependen de una autoridad externa para |

| | |
|------------------|---|
| | obtener conocimiento, ayuda o cualquier clase de apoyo. Se sienten perdidos cuando están solos porque se sienten incapaces. |
| 1957 | Timoti Leary basándose en las propuestas de Horney y Fromm construye la primera sistematización de los trastornos de personalidad desde una perspectiva interpersonal. En esta misma vía aunque años antes Benjamin perfiló la perspectiva interpersonal de los trastornos de personalidad. |
| 1966 | Levy en su estudio de sobreprotección materna desde la conceptualización psicodinámica contemporánea consideró que la indulgencia excesiva generaba rasgos de dependencia excesiva. |
| 1969 1977 | Bowlby en su desarrollo del Sistema de Apego propone la pauta de apego ansioso; que posteriormente West y Sheldon (1988) lo asocian como un claro ejemplo del trastorno de personalidad dependiente. Nota: Heathers (1955), Bowlby (1969), Gewirtz (1972), Mahler (1975) y Bandura (1977) han propuesto hipótesis importantes para explicar la adquisición de los comportamientos de dependencia. |
| 1969 | Millon estudió su patrón de personalidad pasivo dependiente derivado teóricamente para enumerar 4 criterios básicos que caracterizan lo que actualmente conocemos como personalidad dependiente; en ese momento denominada por el autor “personalidad sumisa”. |

| | |
|------------------|---|
| | Personalidad sumisa como uno de los tipos que suponen una búsqueda de placer y evitación del dolor con espera pasiva de que otras personas proporcionen refuerzo. |
| 1988 | Pilkonis propone una concepción diferenciada de los constructos de excesiva dependencia y excesiva autonomía. Los indicadores de la excesiva dependencia se agrupan en dos subtipos, siendo uno de ellos el apego ansioso, cuyas características parecen corresponder con gran aproximación al diagnóstico TPD. |
| DSM | |
| DSM I | En el DSM I aparece como sub-tipo pasivo dependiente del trastorno pasivo agresivo, caracterizado por un aferramiento inadecuado frente a la frustración ambiental. |
| DSM II | La personalidad dependiente fue ignorada totalmente en el DSM II, pero la categoría más próxima era trastorno de la personalidad por inadecuación. El paciente no parece ni física ni mentalmente deficiente, pero pone de manifiesto inadaptabilidad. |
| DSM III | Millón (1980) propone el Trastorno de Personalidad Dependiente (grave y diferenciado) por primera vez en el DSM III. |
| DSM III-R | En el DSM-III-R se realiza un cambio pequeño pero significativo, respecto a la eliminación del criterio de falta de auto-confianza (percepción de sí mismos como seres débiles), puesto que tenía poca especificidad diagnóstica. |
| DSM IV | Se mantienen los criterios dados en el DSM III-R |

| | |
|------------------|---|
| DSM IV-TR | Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-IV para el trastorno de la personalidad por dependencia son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno. |
|------------------|---|

Fuente: Construcción propia a partir de:

Beck, A., Freeman A., Davis, D. (2005). Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Barcelona: Ediciones Paidós
Millon, T. (1998). Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV. Barcelona: Editorial Masson.

8.2. Criterios diagnósticos

8.2.1. *Perspectiva categorial*

Presenta y clasifica los trastornos de la personalidad como síndromes clínicos cualitativamente distintos. (American Psychiatric Association, 2013, p.359):

***Trastorno de la personalidad dependiente 301.6 (F60.7):**

Necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

- Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la tranquilización excesiva de otras personas.
- Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida.
- Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación. (**Nota:** No incluir los miedos realistas de castigo.)
- Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo (debido a la falta

de confianza en el propio juicio o capacidad y no por falta de motivación o energía).

Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.

- Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo.
- Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen.
- Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

8.2.2. *Perspectiva dimensional*

Desde la perspectiva dimensional planteada en el DSM 5, el trastorno de personalidad dependiente debido a que no cumple con los criterios de ningún trastorno específico se encuentra incluido en el diagnóstico Trastorno de la personalidad-especificado por rasgos (TP-ER). Tomado de American Psychiatric Association (2013, p.):

*Trastorno de la personalidad-especificado por rasgos (TP-ER)

- A. Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por las dificultades en dos o más de las cuatro áreas siguientes:
Identidad, autodirección, empatía, intimidad
- B. Uno o más dominios de rasgos patológicos de personalidad o facetas específicas de rasgos dentro de los dominios, teniendo en cuenta todos los siguientes dominios:
 1. Afectividad negativa (vs estabilidad emocional): Inestabilidad emocional, ansiedad,

inseguridad de separación, sumisión, hostilidad, perseverancia, depresión, desconfianza, afecto restringido (carencia).

2. Desapego (vs extraversión): Evitación, evitación de la intimidad, anhedonia, depresión, afecto restringido, suspicacia.
3. Antagonismo (vs amabilidad): Manipulación, falsedad, grandiosidad, búsqueda de atención, insensibilidad, hostilidad.
4. Desinhibición (vs escrupulosidad): Irresponsabilidad, impulsividad, distraibilidad, asunción de riesgos, perfeccionismo rígido (carencia).
5. Psicoticismo (vs lucidez): Creencias y experiencias inusuales, excentricidad, desregulación cognitiva y perceptiva.

NOTA: Los rasgos de personalidad específicos de los individuos siempre se registran en la valoración del criterio B, por lo que esos descriptores constituyen directamente la combinación de características de personalidad de cada persona.

8.3. Prevalencia

El trastorno de la personalidad por dependencia está entre los trastornos de la personalidad encontrados con más frecuencia en las clínicas de salud mental (DSM IV-TR).

El trastorno dependiente, según Ferrer, et al (2015) ocupó el undécimo lugar con un 2,0% (1,3% para mujeres y 0,7% para hombres). En el DSM-5, “los datos de la *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* 2001-2002 indican una prevalencia del trastorno de la personalidad dependiente del 0.49%, y la estimación de la prevalencia de la personalidad dependiente obtenida de una muestra probabilística de la

Parte II de la *National Comorbidity Survey Replications* es del 0.6%” (Asociación Americana de Psiquiatría, 201, p.677).

Gradillas (2002) afirma que el trastorno se diagnostica tres veces más en mujeres que en hombres; empero, aclara que los datos de algunos estudios no aportan tales diferencias. En la actual investigación se encontró un predominio más frecuente en mujeres, pero no tres veces más como afirma el DSM-IV-TR, sino dos veces más. Tampoco fue un trastorno de personalidad muy frecuente.

En la investigación se encontró que el grupo de edad en el cual es más común el trastorno dependiente es el de 23-27 años (2,3%), seguido del grupo de 18-22 años (2,0%). Al realizar la comparación entre las medianas de las muestras españolas y muestras universitarias de la ciudad de Medellín, en puntuaciones directas en la escala dependiente, se encuentra que son totalmente idénticas.

8.4. Diagnóstico diferencial

Millón (1998) plantea que en el Eje I existen dos síndromes que presentan dificultades especiales en el diagnóstico diferencial de la personalidad dependiente, el *trastorno distímico* y la *agorafobia*.

En cuanto al Eje II, se presentan similitudes significativas con el *trastorno de personalidad por dependencia histriónico*, el *trastorno de personalidad por dependencia con evitación* y la *personalidad masoquista*.

| Trastorno | Rasgos diferenciales |
|-----------|----------------------|
|-----------|----------------------|

| | |
|---|--|
| <i>Trastorno distímico</i> | El problema se centra en la larga duración de la categoría del Eje I: Distimia. Sin embargo los criterios descriptivos de este trastorno se centran casi exclusivamente en el estado de ánimo depresivo y no incluyen los diversos rasgos clínicos que comprende el TPD. |
| <i>Agorafobia</i> | Si bien hay una similitud en la sintomatología, los síntomas de la agorafobia son situacionalmente específicos y aparecen de forma episódica, diferente del TPD. Otro elemento es que en el TPD las dudas para asumir responsabilidades toman forma pasiva, mientras que en la agorafobia hay una demanda activa a los demás. Los elementos de sumisión interpersonal y los sentimientos de inadecuación propia del TDP no suelen observarse en la agorafobia. |
| <i>Trastornos de personalidad por dependencia histriónico</i> | El rasgo diferencial se centra en la pasividad, sumisión, docilidad y modestia que predomina en el TPD, diferente de los rasgos activos, gregarios, manipulativos, seductores y simpáticos que predomina en el histriónico. |
| <i>Trastornos de personalidad por dependencia con evitación</i> | Tanto los dependientes como los evitadores tienen fuertes necesidades de afirmación, afecto y apoyo, sin embargo el rasgo diferencial reside en el tema de la confianza, mientras que las personalidades evitadoras parecen no poder confiar en los demás, lo dependientes si pueden hacerlo. |
| | En ambos trastornos de la personalidad hay una anulación de sí mismos y una tendencia adoptar papeles sumisos en las relaciones. La diferencia radica en el grado y en las razones o motivos que |

| | |
|--------------------------------|--|
| <i>Personalidad masoquista</i> | subyacen a estos comportamientos. Por ejemplo los masoquistas pueden ser muy competentes pero desprecian todo lo que pueden hacer, mientras que los dependientes desconfían de sí mismos en parte por las deficiencias reales de sus capacidades |
|--------------------------------|--|

Fuente:

Millon, T. (1998). Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV. Barcelona: Editorial Masson.

8.5. Comorbilidad con otros síndromes y trastornos

8.5.1. Comorbilidad EJE I

- Síndromes de ansiedad. Específicamente son vulnerables a trastornos de ansiedad por separación y a desencadenar cuadros de ansiedad generalizada al haber depositado su bienestar completamente en manos de un tercero y temer que éste los abandone. Son también propensos a desarrollar crisis de angustia por anticipación de nuevas responsabilidades, dada su sentido de inadecuación personal, sensación de incapacidad y temor a la desaprobación de los demás.
- Síndromes fóbicos. Se pueden desarrollar síndromes de este tipo cuando perciben una amenaza en su seguridad o cuando las demandas que les hacen exceden las capacidades que ellos suponen en sí mismos. Son frecuentes las fobias sociales y las crisis agorafóbicas. Este tipo de crisis les posibilita inducir a los demás a prestarles ayuda, a solicitar protección y cuidado.
- Síndrome obsesivo-compulsivo. Por un lado, estos síntomas pueden aparecer por situaciones que demandan independencia y responsabilidad, dado que pueden tantear inacabadamente los pros y los contras, y por lo tanto postergar cualquier mínimo cambio en su estado. Por otro lado, se pueden manifestar pensamientos

obsesivos y actos compulsivos, que normalmente toman forma de actos para ganarse la aprobación de los demás, como una respuesta a la ansiedad por separación o la ira reprimida.

- Síndromes somatomorfos. Pueden desarrollar este tipo de trastornos por controlar la aparición de impulsos prohibidos. Además, los síntomas de tipo conversivo promueven la evitación de responsabilidades, les posibilita manifestar indefensión física, incapacidad para llevar a cabo actividades, y por tanto suscitar atención, interés, cuidado, ayuda y seguridad de ser amados.
- Síndromes facticios. Tanto por la ganancia de atención y cuidado, como por su tendencia a considerarse débiles e inadecuados, son propensos a presentar cierta disposición a este tipo de trastornos.
- Síndromes disociativos. Si bien es poco frecuente pueden aparecer como respuesta a responsabilidades que sobrepasan sus capacidades, como una forma de rehuir al contacto con realidades amenazadoras. Los estados de sonambulismo son frecuentes y les posibilita sacar a la luz leves impulsos prohibidos.
- Síndromes afectivos. Pueden desarrollar un trastorno depresivo mayor ante una pérdida real. Las expresiones de culpa y auto-condena son muy frecuentes en ellos como formas de defensa ante las críticas, el resentimiento y la hostilidad de los demás. Suelen contener y reprimir su ira por temor a que su expresión les cause problemas.
- Síndromes esquizofrénicos. Rara comorbilidad. No obstante se puede apreciar en individuos dependientes la flexibilidad cética propia del trastorno catatónico,

vinculado al completo abandono de su propia iniciativa por la sumisión total a los deseos y directrices de los demás.

- Alcoholismo y consumo de sustancias. Suelen ver en el consumo una vía fácil y pasiva para abordar sus problemas o huir de ellos.

8.5.2. *Comorbilidad EJE II*

El grado de correspondencia más alto en comorbilidad en este eje es con los tipos: Evitador y Masoquista. En grado menor se encuentra correspondencia con los tipos depresivo e histriónico; y finalmente, aunque un poco menos frecuente, se evidencia correspondencias con los tipos de personalidad negativista y obsesivo-compulsivo.

8.6. Características clínicas

El trastorno de personalidad por dependencia según Millón (1994) puede verse como una elaboración patológica de la personalidad normal colaboradora; y se delimita entre los extremos de un continuum que va desde las variaciones menores hasta las más extremas del trastorno. A medida que aumenta la gravedad se ve más comprometida la posibilidad de funcionar autónomamente y se puede llegar a una completa abdicación de los deberes y derecho en los demás.

A continuación se exponen los ámbitos de diagnóstico prototípicos propuestos por Millón (1998). Si bien se dividen en 8 secciones, el autor plantea que deben verse como un solo cuadro clínico en general.

8.6.1. *Nivel comportamental*

- a. Comportamiento observable: Incompetente

Carece de competencias funcionales, evita la autoafirmación, es dócil y pasivo, tiende a ser cooperador y aquiescente; puede ser considerado por los demás como humilde, cordial gentil. Proclive al auto sacrificio y a la búsqueda constante de asegurarse la aceptación de los demás. Se hace evidente la falta de confianza en sí mismo a través de su postura, su voz, sus gestos; detesta y evita ser el centro de atención.

b. Comportamiento interpersonal sumiso

Se subordina a la figura más fuerte que le suministre cuidado, sumerge su propia individualidad, niega los puntos de diferencia, evita las expresiones de poder y no busca nada más allá que aceptación y apoyo; necesita seguridad y consejos excesivos.

8.6.2. *Nivel fenomenológico*

a. Estilo cognitivo: Ingenuo

Introspección empobrecida en relación a las dificultades que lo rodea; ignora los problemas objetivos y las dificultades interpersonales. Tiende a la ingenuidad, a la apercepción y a la ausencia de crítica. Limita la consciencia de sí mismo y los demás a una pequeña esfera.

b. Autoimagen: Inepta

Se percibe como una persona inepta, inadecuada, frágil e incapaz de hacer las cosas por sí mismo. Tiende a infravalorar sus creencias y logros y magnificar sus fracasos y defectos. Considera que los demás lo valoran poco pero tiende a conservar esta creencia en pro de que no se le hagan demandas.

c. Representaciones objetales: Inmaduras

Sus representaciones internalizadas son infantiles, ideas poco sofisticadas, aspiraciones rudimentarias, suelen estar fijadas al pasado y no complementadas o enriquecidas por elementos del presente. Sus estrategias son pobres e infantiles.

8.6.3. *Nivel intra-psíquico*

a. Mecanismo de defensa: introyección/ negación

Internaliza las creencias y los valores de otros, imaginándose a sí mismo como si fuera parte de ellos, lo cual le alivia en tanto considera que ha contraído vínculos firmes e indisolubles. Tiende a suavizar el estrés y el malestar, niega o evita cualquier pensamiento o sentimiento que pueda poner en entredicho su seguridad o aceptación.

b. Organización rudimentaria

Carece de diversidad de controles internos que generan una combinación de habilidades adaptativas rudimentarias o relativamente subdesarrolladas con un sistema muy elemental para conducirse de manera independiente.

8.6.4. *Nivel biofísico*

a. Expresión afectiva pacífica

Cuando todo va bien suele ser tranquilo, cálido, poco competitivo, evita tímidamente la tensión social. No obstante en situaciones donde percibe rechazo o abandono se desencadenan profundos sentimientos de inseguridad, pesimismo, desánimo y abatimiento que suele llevar en silencio.

8.7. Variantes del prototipo

a. Estilos normales.

Son personas que suelen estar delimitadas al servicio a los demás, son de comportamiento abnegado, suelen expresar un estilo devoto y son tendientes a anteponer el bienestar de los demás al suyo propio. Según Millón y Everly (1994) representan un patrón de comportamiento acomodaticio, participativo y cooperador. Tienen facilidades para empatizar, son gentiles, altruistas, modestos, poco exigentes y fáciles de satisfacer; tienden a ser acríticos, a ver el lado positivo y sobre todo suelen recalcar las bondades y virtudes de los demás.

b. Síndromes de la infancia

“*La simbiosis infantil*” concepto acuñado en 1952 Margaret Malher, según lo refiere Millon (1998) era un patrón de comportamiento muy parecido al del Trastorno de Personalidad dependiente. Sin embargo en el DSM III se introdujo “*El trastorno de Ansiedad por Separación*” para describir las características típicas de los niños con dicho patrón de comportamiento. Dentro de las características principales se encuentra: ansiedad ante la separación con una persona con quien ha establecido un vínculo significativo, preocupaciones poco realistas sobre el daño que podría sufrir dicha persona, rehusar espacios alejados de la figura significativa, y denotar angustia y retraimiento social, ante la ausencia de esta.

De igual forma es importante añadir que, las ansiedades parentales y un estilo de crianza claramente sobreprotector pueden derivar en que se produzcan apegos excesivos y comportamientos de dependencia.

c. Subtipos adultos

Las investigaciones y la experiencia clínica permiten afirmar que solo ciertos tipos de personalidad pueden combinarse con el trastorno de personalidad dependiente. A continuación se exponen dichos subtipos.

- Dependiente inquieto

Refleja una combinación entre el estilo *dependiente básico* y *la personalidad evitadora*. Presentan intensa aprehensión y gran temor que les provoca una falta de iniciativa y una evitación ansiosa de la autonomía. También han desarrollado patrón de evitación a las interacciones sociales como armadura para amortiguar la excesiva sensibilidad al rechazo, experimentan sensaciones de soledad y aislamiento y sus quejas pueden reflejar un estado de ánimo depresivo. Experimentan sentimiento global de ansiedad y fatiga.

- Dependiente acomodaticio

Es similar al histriónico apaciguado. Se caracterizan por la sumisión y alto grado de afiliación, son extremadamente complacientes y serviciales, socialmente gregarios y superficialmente encantadores. Solo les importa agradar a los demás, temen el conflicto y el rechazo; muestran capacidades para adoptar el papel de persona inferior y subordinada, lo cual da cuenta de una amalgama entre *personalidad dependiente* y *masoquista*. Son receptivos, halagadores, suelen decir sí a todo pero rara vez cumplen por la inseguridad que presentan y la incapacidad de ser autónomos. Se valoran a sí mismos solo en términos de las relaciones con los demás. La falta de una fuente de apoyo e identificación les produce grave abatimiento.

- Dependiente inmaduro

Son infantiles en su visión del mundo y en sus competencias, incapaces para asumir responsabilidades propias de la vida adulta. Según indica Millón (1998) estas personas están poco desarrollados, no tienen casi experiencia y están poco formados. Parecen preferir vivir orientados hacia el mundo de la infancia o adolescencia pues de esta forma

encuentran mayor tranquilidad al no asumir responsabilidades propias de la vida adulta.

Muchos parecen carecer de una identidad sexual definida.

- Dependiente torpe

Refleja combinación entre características *dependientes* y *esquizoides*. Presentan falta general de vitalidad, fatiga, debilidad general en expresión y espontaneidad. Si bien no quieren sentirse al margen de las relaciones interpersonales y buscan proximidad con los demás, presentan dificultades significativas para encontrar soluciones a situaciones por simples que sean. Tienen una necesidad desesperada de llevar una vida libre de problemas y responsabilidades, por tanto tienden a ignorarlos, rechazarlos o dejarlos pasar. Por no querer enfrentar la realidad, según indica Millón (1998), andan como sonámbulos, son totalmente maleables y carentes de voluntad.

- Dependiente sin identidad

Tienden a fusionarse de tal forma con los otros hasta el punto de adoptar el sistema de valores, creencias, características, objetivos de vida, perdiéndose toda posibilidad de un desarrollo de la propia personalidad. Todo impulso o potencialidad que pueda emerger como propio, se niega o se disocia. Pierden completamente el valor de sí; pueden en ocasiones demostrar un aire de seguridad y competencia pero es más como si reflejasen los logros de la persona a quien se ha fusionado o identificado.

8.8. Etiología

Dentro de las causas de este tipo de trastorno se encuentran múltiples factores de carácter biológico, ambiental e incluso del desarrollo neuropsicológico. Es importante

resaltar que ninguno de estos componentes es determinante de manera aislada, suelen estar modulados unos por otros.

a. Factores biológicos

Millón y Everly (1994) indica que la información suministrada en este apartado se ofrece como hipótesis pues no hay suficiencia científica para asegurarlo. Se plantea que las personalidades dependientes tienen una tendencia al agotamiento físico, lo cual puede atribuirse a una condición hipo-metabólica mediada, hipotéticamente, por una insuficiencia tiroidea crónica.

De igual forma se habla de las disposiciones biofísicas tempranas asociadas a reacciones trécticas y melancólicas, tendencias a la taciturnidad, al temor, la tristeza y la vacilación ante lo desconocido.

También se plantea que estas personas tienden a tener un biotipo endomórfico (grueso) o ectomórfico (delgado y débil), lo cual, en casos extremos puede influir en la falta de vigor y el bajo nivel de energía que presentan.

Finalmente se conjetura sobre un patrón de organización neural, donde los mecanismos exitatorios reticulares estuviesen enlentecidos o inactivos, y paralelamente súper-estimuladas las regiones límbicas, potenciando el déficit de las reacciones de afrontamiento en situaciones de estrés.

b. Factores ambientales

Dentro de los factores ambientales, se destacan algunos elementos de gran relevancia; por un lado se encuentra *la sobreprotección parental*, si los padres evitan cualquier adversidad a lo largo de la infancia, el niño no adquiere las capacidades para comportarse autónomamente, y por tanto se generan alteraciones en el desarrollo de competencias psíquicas y físicas. Por otro lado, se encuentra *la deficiencia en competir*, los sentimientos

de dificultad respecto a tareas competitivas pueden traer como consecuencia humillación, auto-desprecio y duda, lo cual puede predisponer a la sumisión y dependencia.

Finalmente el *seguimiento de roles sociales* es otro factor importante, en tanto se ha venido pensando que la adhesión a patrones culturales que se siguen en la mayoría de las sociedades, así como las expectativas del papel social, y los roles establecidos refuerzan el aprendizaje de conductas pasivo-dependientes.

c. Desarrollo neuropsicológico

Los estadios del desarrollo y la manera cómo evolucionen y cómo el entorno influya, juegan un papel importante en el desarrollo del trastorno de personalidad por dependencia. En el primer estadio de desarrollo denominado *fijación sensorial*, si los niños reciben una cantidad adecuada de estimulación, pero lo reciben casi exclusivamente de una sola fuente, puede ser un elemento predisponente para el desarrollo del trastorno, de igual forma una atención indebida, desencadenada por el exceso de ansiedad y preocupación del cuidador, puede influir.

En el segundo estadio, *autonomía sensoriomotora*, donde tiene lugar el aprendizaje de habilidades esenciales para el desarrollo de competencias y comportamientos independientes; cualquier circunstancia que impida este desarrollo (problemas físicos, disposición temperamental y de carácter del niño, temores y actitudes parentales) podría generar dependencia en los individuos.

En el tercer estadio, *individuación puberal-crecimiento*, factores como la presencia de un hermano competente o agresivo- problemático, puede generar en el individuo comparaciones desfavorables en el primer caso, y en el segundo caso, la necesidad de adoptar la imagen de un niño bueno que contraste; elementos que pueden conllevar a

patrones dependientes. De igual forma, la falta de atractivo y la inadecuación competitiva en los grupos de pares, también pueden conllevar a ello.

Finalmente, en el cuarto estadio, *iniciativa intra-cortical*, la continuidad de la sobreprotección de los padres, y la alteración que esta produce en la imagen del niño –como incapaz por sí mismo- y la validación en la realidad de la falta de habilidades no desarrolladas por estos mismos factores; predisponen altamente para el desarrollo del trastorno.

8.9. Procesos de auto-perpetuación

Según Millón (1998) algunas de las características que agravan las inadecuaciones típicas de los dependientes son el auto-desprecio, la evitación de las actividades adultas y los comportamientos de enganche social. El desprecio de las virtudes y los talentos, las racionalizaciones de inadecuación, el refuerzo de la autoimagen de incompetencia; así como la reducción de la accesibilidad a las oportunidades de crecimiento o que puedan facilitar un estilo de vida más madura, y finalmente las conductas exasperadas y de alienación a los otros que se producen tras la necesidad de afecto y seguridad, son todos elementos que perpetúan y sostienen la dinámica del trastorno.

8.10. Perfil cognitivo

Según Beck y Freeman (2005) el TPD puede considerarse como derivado de dos supuesto claves, por un lado son individuos que tienen una *percepción de sí mismos* como intrínsecamente inadecuados, desvalidos, débiles e incompetentes y por lo tanto incapaces de asumir y enfrentar el mundo con éxito; por otro lado, deducen que la única alternativa de solución ante su inadecuación ante un mundo tan exigente, es encontrar a alguien que los

proteja y los cuide. Por lo general ven de un modo idealizado al cuidador (fuerte, competente).

Por lo tanto el individuo con TPD tiende a tener *creencias básicas* como “no puedo sobrevivir sin alguien que se haga cargo de mí” “soy inadecuado para manejarme en la vida por mí mismo” “Si X persona me deja, me desmoronaré” “si fuera más independiente estaría aislado y solo” “la independencia significa vivir completamente por sí mismo”.

Los autores (2005) plantan en cuanto a la jerarquía de las creencias, que es probable que la *creencia nuclear* sea "estoy completamente desamparado" o "estoy solo". Las *creencias condicionales* pueden ser: "sólo puedo funcionar si tengo acceso a alguien competente", "si me abandonan, moriré", "si no soy amado, siempre seré infeliz", y en el *nivel instrumental* los imperativos serían: "no ofender al cuidador", "permanecer cerca", "cultivar la relación más íntima posible", "ser sumiso para tenerle atado".

Las principales *distorsiones cognitivas* son el pensamiento dicotómico con respecto a la independencia (ellos consideran que se es completamente desvalido y dependiente o se es completamente independiente por tanto se está solo; no hay ninguna gradación o punto intermedio), pensamiento dicotómico con respecto a la aptitudes (o se hacen las cosas bien o están totalmente mal), y finalmente, el catastrofismo sobre todo en relación a las rupturas de vínculos (se preocupan mucho más de lo normal, considera que este hecho puede significar un desastre total y un hundimiento para sí mismos).

Las creencias básicas y las distorsiones cognitivas conllevan a *pensamientos automáticos* tales como “no puedo”, “nunca seré capaz de hacer esto” o “soy demasiado estúpido y débil para lograrlo”.

En los individuos con TDP las principales *amenazas* o traumas tienen que ver con el rechazo o el abandono, y su principal *estrategia* consiste en cultivar una relación de dependencia.

Finalmente, en cuanto al *afecto* predomina la ansiedad, dada la preocupación por la posible fractura de la relación de dependencia y si hay una pérdida real se hunden en la depresión. De igual forma, experimentan gratificación o euforia cuando se asegura la satisfacción de sus deseos de dependencia.

8.11. Intervención

8.11.1. *Objetivos*

Según Millón (1998) el pronóstico de los individuos con TPD es relativamente bueno pese a las posibilidades de descompensación señaladas anteriormente. El autor propone que el objetivo terapéutico principal en este trastorno es “equilibrar la vida del dependiente y centrarse en las áreas más débiles” (p.366); alrededor de éste se exponen los siguientes objetivos estratégicos:

1. Restablecimiento de los equilibrios entre las polaridades. Aquí se propone estimular la modificación activa y potenciar el centrarse en sí mismo, contrarrestar la creencia de que el bienestar depende de los demás y fomentar la implicación activa en la satisfacción de las necesidades.
2. Contrarrestar la tendencia a la perpetuación. Se propone reducir la auto-devaluación, potenciar las habilidades adultas y disminuir los comportamientos de enganche.
3. Modificación de las funciones de ámbito.

- Primero se debe trabajar sentimientos de inadecuación y potenciar el desarrollo de un yo competente.
- Reducir el comportamiento sumiso
- Contrarrestar el estilo cognitivo ingenuo. (Afrontar dificultades interpersonales y situaciones problemáticas)
- Ayudar a evaluar la validez de las creencias sobre las consecuencias de un comportamiento asertivo y autónomo.
- Promover el autocontrol, el pensamiento independiente y una mayor iniciativa para adquirir habilidades maduras.
- Ayudar a establecer una personalidad independiente

8.11.2. Procedimientos cognitivos conductuales

Caballo (2001) compila algunos de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento de individuos con TPD:

-El tratamiento de Overholser y Fine (1994) cuyo modelo está dividido en 4 etapas:

1.dirección activa (implicación en el proceso terapéutico, habilidades conductuales para realizar pequeños cambios), 2. Aumento de la autoestima (Exploración psicosocial, reestructuración cognitiva, auto verbalizaciones de afrontamiento), 3. Fomento de la autonomía (entrenamiento en solución de problemas, estrategias de autocontrol) y 4.Prevenición de las recaídas (identificación de situaciones de alto riesgo, práctica de respuestas de afrontamiento variadas y exposición a estímulos).

-Terapia de valoración cognitiva de Wessler

-Entrenamiento en solución de problemas

-Entrenamiento en habilidades sociales

8.11.3. Intervención basada en la teoría de Jeffrey Young

| PERFILES ESQUEMAS, ESTILOS AFRONTAMIENTO ESQUEMAS Y MODOS DE ESQUEMAS | | |
|---|--|--|
| Esquemas | Dependencia | Creencia de que uno es incapaz de realizar sus responsabilidades diarias de forma competente, sin ayuda de los demás. |
| | Abandono | Percepción de inestabilidad o poca seguridad de que se dispone de soporte y relación con los demás. Incluye la expectativa acerca de que los demás irremediablemente les abandonarán. |
| | Imperfección | Sentimiento que uno es defectuoso, malo, no querido, inferior o inválido en aspectos importantes; o que no sería querido por los demás si se muestra tal como es. |
| | Subyugación | Excesivamente entregados al control de los demás porque se siente cohesionado; para evitar la cólera, represalias o abandono. |
| Modos Esquemas | Niño Vulnerable | Se siente solo, débil, solitario, triste, no comprendido, no apoyado, imperfecto, necesitado o privado emocionalmente, abrumado o agobiado, incompetente, duda de sí mismo, necesitado, incapaz o indefenso, desesperado, miedoso, angustiado, preocupado. |
| | Rendición Sumisa | Se comporta de manera pasiva, servil, sumisa, búsqueda de la aprobación, se desprecia ante los demás, alejándose por miedo a problemas u conflictos o al rechazo. |
| | Niño Indisciplinado | Se comporta según sus deseos no nucleares o impulsos de manera egoísta o poco controlada para conseguirlos a su manera y así muchas veces tiene problemas a la hora de retrasar las gratificaciones inmediatas o a corto plazo. |
| CURSO DE TRATAMIENTO | | |
| Objetivos Evaluación y Conceptualización Caso | Proceso/ Técnicas | |
| Inicio de la Intervención | Delimitar los problemas de autonomía y en las relaciones y su estilo. Evitar ir de prisa y caer en la tentativa ante los problemas de la vida cotidiana de dar consejos, solucionar rápidamente sus problemas. | |
| Patrones del Pasado | Ir con cuidado al realizar la historia de la vida. Establecer las situaciones de la infancia en las que simplemente obedecía, de la adolescencia "en las que no opinaba y seguía". Delimitar las emociones, enfado, humillación, rabia y culpa. Ajustar las reformulaciones a las palabras del paciente. | |
| Identificación Esquemas | La administración de cuestionarios ayuda a delimitar los esquemas. Es necesario ante la devolución de los esquemas que entiendan intelectualmente y emocionalmente que son el objetivo de cambio. Utilizar metáforas. | |
| Activación Esquemas | Explicar de manera clara y específica. Manifiestan miedo a experimentar emociones en sesión. Ante su vergüenza, utilizar previamente estrategias como la música, películas. | |
| Estrategias Afrontamiento | Identificar las estrategias de evitación y de mantenimiento de los esquemas. Definir el déficit de habilidades en las relaciones sociales e íntimas. | |
| Conceptualización | Delimitar el tipo de temperamento: ansioso, evitativo y el papel de la introversión. | |
| Objetivos Cambio Terapéutico | Proceso/ Técnicas | |
| Dependencia | Cognitivo | Cambiar el punto de vista del paciente que se cree incapaz de funcionar en el mundo sin una constante asistencia de las otras personas. Cambiar el punto de vista del paciente de que no puede confiar en sus propias decisiones o juicios en las situaciones cotidianas. |
| | Emocional | Expresar cólera a los padres a través de la imaginación por la excesiva preocupación y por socavar los juicios. |
| | Relación Terapéutica | Resistir intentos del paciente de determinar un rol dependiente. Estimularlo a tomar sus propias decisiones y elecciones. Elogiar el juicio y el progreso. |
| | Conductual | Establecer asignaciones graduadas para afrontar estas tareas cotidianas solo, sin necesidad de asistencia de los demás. |
| Abandono | Cognitivo | Cambiar punto de vista exagerado de que las otras personas les van a dejar, se marcharán, se apartarán de ellos, o se comportarán de manera impredecible. Cambiar expectativas poco realistas de que las personas significativas deberían estar siempre disponibles y ser consistentes. Reducir el estar centrados de manera exagerada o en exclusiva de estar seguros de que sus compañeros están allí. |
| | Emocional | Imaginación para reexperimentar memorias del padre impredecible e inestable o del padre que murió o dejó el hogar. Expresar cólera hacia el padre inestable u/o impredecible. Trabajo del "niño profundo" para ayudar al paciente a cuidar al niño abandonado. |
| | Relación Terapéutica | El terapeuta llega a ser fuente transicional de seguridad y estabilidad. El terapeuta corrige las distorsiones acerca de la probabilidad del abandono del paciente. Ayudar al paciente a aceptar las salidas, las vacaciones y la indisponibilidad del terapeuta sin reaccionar de forma exagerada. |
| | Conductual | Elegir compañeros que son estables y comprometidos. No excesivos celos, cólera, etc. Gradualmente aprender a tolerar estar solo. Aprender a tolerar ambientes seguros y estables. |

Nota. Fuente: López Pell, A., Cid Colom, J., Obst Camerini, J., Rondón, J. M., Alfano, S. M., & Cellerino, C. (2011).

Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Klosko y Wheishar (2003). *Ciencias Psicológicas*, 5(1), 83-115. Recuperado en 08 de mayo de 2018,

de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212011000100008&lng=es&tlng=es.

8.11.4. Modalidades tácticas

Técnicas orientadas al ámbito

Luego de realizar un análisis funcional del comportamiento se implementan técnicas comportamentales, se puede establecer jerarquías de los comportamientos asertivos e independientes que producen ansiedad, para afrontarlos paulatinamente, se puede realizar (rol-playing) imitación y modelado si se ha verificado que el paciente cuenta con habilidades básicas, si no, se debe entrenar en este aspecto. Es útil implementar el refuerzo y la información retroactiva (feed-back), la exposición gradual a situaciones fuera de la terapia, enseñar técnicas de reducción de ansiedad (respiración profunda y relajación muscular).

También se puede implementar entrenamiento en asertividad que permitan la expresión de sentimientos negativos de una forma constructiva, así como entrenamiento en habilidades de comunicación. Las técnicas de autocontrol y de contrato comportamental también resultan muy útiles con el fin de propiciar la autonomía.

Técnicas interpersonales

Pueden resultar útiles en tanto los individuos con TPD están dispuestos y son muy receptivos a buscar cualquier ayuda especialmente en lo que concierne a las relaciones interpersonales íntimas.

Técnicas cognitivas

El descubrimiento guiado, el método socrático, el auto-registro son algunas de las técnicas que posibilitan empezar a identificar patrones desadaptativos y empezar a

sustituir cogniciones pasivas por activas. Algunas técnicas de la Gestalt facilitan el cambio de esquemas a nivel emocional (técnica de las dos sillas, escribir cartas para cultivar la expresión de emociones, entre otras)

8.11.5. Terapias

Terapia grupal

Es muy útil para el aprendizaje de habilidades autónomas y como ayuda para crecimiento de la confianza social del dependiente. La relación diádica paciente-terapeuta puede dar lugar a comportamientos regresivos, así como transferencias negativas que pueden ser contraproducentes, en esta vía los grupos ofrecen la posibilidad de contrarrestar estas situaciones en tanto la retroalimentación no viene de la figura idealizada sino de sus iguales; además es una posibilidad para que se produzcan interacciones constructivas que favorecen la atenuación del vínculo dependiente.

Terapia familiar o de pareja

Es importante especialmente cuando el sistema familiar es un instrumento para mantener el patrón dependiente. También es importante explorar otras opciones como el cambio ambiental, contextual, para maximizar el crecimiento y minimizar la dependencia continuada, alentar el desarrollo de intereses externos para abrir nuevas oportunidades.

Podría ser útil trabajar los vínculos objetales profundos, utilizando técnicas psicodinámicas y también trabajar sobre la elaboración del duelo, dadas las pérdidas inevitables de la vida.

Tratamiento farmacológico

Los agentes antidepresivos y ansiolíticos son útiles en el tratamiento en algunos casos dadas las letargias, las ansiedades y la fatiga que hacen proclives a los individuos con TDP a posponer sus esfuerzos de independencia. No obstante es importante no permitir que el

paciente confíe excesivamente en la medicación y también evitar fármacos con propiedades adictivas potenciales.

8.12. Relación terapéutica

Beck y Freeman (2005) plantean que la conducta dependiente de los pacientes está tan generalizada que puede manifestarse con intensidad en la relación terapéutica, por lo tanto debe hacerse un uso adecuado del enfoque cognitivo conductual para contrarrestar cualquier tendencia a caer en un rol directivo, autoritario que fomente la posición pasiva del paciente.

Como los individuos con TPD inician el tratamiento buscando desesperadamente a alguien que les solucione sus problemas, al principio puede ser necesario permitirles en ella alguna dependencia para comprometerlos con la terapia, sin embargo, el terapeuta tiene que trabajar sistemáticamente a lo largo de todo el tratamiento para que el paciente vaya abandonando su dinámica de dependencia.

Resulta útil alentar al paciente a explorar sus pensamientos y sentimientos respecto del terapeuta en pro de hacer más eficaz la relación terapéutica, no sólo como base para explorar los pensamientos automáticos y demostrar la utilidad del proceso para cambiar los sentimientos, sino que también abre la posibilidad de hacer explícito y discutir abiertamente los sentimientos respecto del terapeuta. De igual forma es importante que el terapeuta observe sus propios pensamientos y sentimientos respecto del paciente, dado que puede resultar fácil acceder y aceptar la creencia del paciente en su propio desvalimiento, y sentirse impulsado a “salvarle” o “rescatarle” de su frustración por la lentitud de su progreso.

Es esencial establecer límites claros en la relación profesional con ellos, aun cuando evitar el contacto físico forma parte del estilo habitual del terapeuta, en estos casos es más seguro que ese contacto se reduzca al mínimo y es importante hacer cumplir las reglas usuales que impone una relación claramente profesional.

Millón (1998) plantea que es importante que tanto el paciente como el terapeuta tengan en cuenta que el objetivo final no es necesariamente la independencia completa, sino más bien la flexibilidad para moverse entre la autoconfianza y una dependencia mutua saludable.

8.13. Trastornos del eje I

Una evaluación completa y sistemática implica el uso del sistema multiaxial contemplado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, hablar de este sistema implica realizar una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planteamiento del tratamiento y la predicción de resultados.

Uno de los ejes que se contemplan en dicha evaluación, y que es de relevancia para el desarrollo de este apartado es el Eje I. *Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.* En este eje se describen todos los trastornos incluidos en la clasificación excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental (que se han incluido en el Eje II).

Los principales grupos de trastornos del eje I son:

- Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica
- Trastornos relacionados con sustancias

- Esquizofrenia v otros trastornos psicóticos
- **Trastornos del estado de ánimo**
- **Trastornos de ansiedad**
- Trastornos somatomorfos
- Trastornos facticios
- Trastornos disociativos
- Trastornos sexuales y de la identidad sexual
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastornos del sueño
- Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados
- Trastornos Adaptativos
- Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

A continuación se realizará la caracterización del *Trastorno Mixto Ansioso Depresivo*, que se encuentra incluido como categoría independiente dentro de los trastornos de ansiedad. Para realizar dicha caracterización se hace necesario llevar a cabo previamente una conceptualización tanto de la ansiedad como de la depresión en tanto categorías diferenciadas.

8.13.1. Ansiedad

Según Clark y Beck (2012) la ansiedad es ubicua a la condición humana; en la historia se ha registrado cómo desde diferentes frentes del saber se ha tratado de revelar sus misterios y desarrollar intervenciones al respecto. Si bien el miedo, la ansiedad y la preocupación han estado asociados al desastre y otras experiencias que implican riesgo vital; los autores afirman que estos elementos no son de ese dominio exclusivo, dado que en

la mayoría de los casos la ansiedad se desarrolla en el contexto de presiones, demandas y estrés de la vida cotidiana.

En las expresiones lingüísticas comunes suele equipararse miedo, ansiedad, preocupación, sin embargo distintas teorías explicativas determinan la diferencia entre estos conceptos. Clark y Beck (2012) al analizar las propuestas de Barlow (2002) y de Emery y Greengberg (1985) e identificar los encuentros y divergencias entre ellos al respecto, presentan una definición que integra los diferentes puntos de vista y enfatiza en la diferencia entre la ansiedad y el miedo. En esa vía afirman que:

La ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, **a modo de amenaza**) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo. Mientras que el miedo es un estado neurofisiológico automático primitivo de alarma que conlleva la **valoración cognitiva** de una amenaza o peligro inminente para la seguridad física o psíquica de un individuo. (p.23)

Siguiendo a los autores se establece entonces que si bien el miedo por su naturaleza constituye el proceso nuclear de todos los trastornos de ansiedad, este último se refiere a un estado más duradero de la amenaza que incluye otros factores cognitivos asociados a la aversividad percibida, la falta de control, la incertidumbre y la indefensión. Sin embargo cabe destacar que tanto el miedo como la ansiedad conllevan a una orientación futura.

Clark y Beck (2012) establecen 5 criterios que permiten determinar los estados anormales del miedo y la ansiedad; el primero de ellos hace referencia a la *cognición disfuncional*, que se asocia a una asunción falsa que implica la valoración errónea del

peligro; en esta vía se activan creencias disfuncionales sobre la amenaza, que sumadas a los errores en el procesamiento cognitivo provocan un miedo notable y excesivo que es incoherente con la realidad objetiva.

El segundo criterio tiene que ver con el *deterioro del funcionamiento*; la ansiedad clínica interfiere de manera directa con el adecuado manejo, efectivo y adaptativo de la amenaza percibida, e incluso trasciende al manejo de la vida social cotidiana, el funcionamiento laboral de la persona y la capacidad para disfrutar de una vida plena y satisfactoria.

El tercer criterio está relacionado con la *persistencia*, asociada a la continuidad en el tiempo de la aprensión subjetiva, dado que esta puede aparecer y aumentar solo con pensar en una amenaza potencial inminente independiente de que llegue o no a materializarse, lo que lleva a que las personas experimenten mucha ansiedad a diario y por muchos años.

El cuarto criterio tiene que ver con lo definido por Barlow (2002) referenciado en Clark y Beck (2012) como *falsas alarmas*, definidas como miedo o pánico visible que ocurre en ausencia de un estímulo amenazante. Y finalmente el quinto criterio se asocia con la disposición a una respuesta aversiva ante una amplia gama de estímulos o situaciones en las que la intensidad de la amenaza es relativamente leve y que podrían percibirse como inocuas por los individuos no amedrentados, lo cual es denominado *hipersensibilidad a los estímulos*.

Si bien estos criterios, no necesariamente todos están presentes en un caso particular, podría esperarse que muchas de estas características se hallen presentes en los estados de ansiedad clínica.

La ansiedad una condición multifacética

Clark y Beck (2012) afirman que la ansiedad es multifacética, es decir, que conlleva elementos diversos del dominio fisiológico, cognitivo, conductual y afectivo del funcionamiento humano. Las estructuras neurales corticales y subcorticales desempeñan una función relevante en la experiencia emocional, pero al mismo tiempo, la ansiedad suele adquirirse a través de la interacción del organismo con el contexto, incluso aunque este proceso de aprendizaje pueda ocurrir fuera de la conciencia y más allá de la consideración racional. Sin embargo, la mediación cognitiva como las expectativas, las interpretaciones, las creencias y los recuerdos también desempeñan un papel crítico en el desarrollo y persistencia de este trastorno.

A continuación se enumeran los síntomas de ansiedad divididos en los cuatro sistemas funcionales implicados:

Síntomas fisiológicos

(1) Aumento del ritmo cardíaco, palpitaciones; (2) respiración entrecortada, respiración acelerada; (3) dolor o presión en el pecho; (4) sensación de asfixia; (5) aturdimiento, mareo; (6) sudores, sofocos, escalofríos; (7) náusea, dolor de estómago, diarrea; (8) temblores, estremecimientos; (9) adormecimiento, temblor de brazos o piernas; (10) debilidad, mareos, inestabilidad; (11) músculos tensos, rigidez; (12) sequedad de boca.

Síntomas cognitivos

(1) Miedo a perder el control, a ser incapaz de afrontarlo; (2) miedo al daño físico o a la muerte; (3) miedo a “enloquecer”; (4) miedo a la evaluación negativa de los demás; (5) pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes; (6) percepciones de irrealidad o

separación; (7) escasa concentración, confusión, distracción; (8) estrechamiento de la atención, hipervigilancia hacia la amenaza; (9) poca memoria; (10) dificultad de razonamiento, pérdida de objetividad.

Síntomas conductuales

(1) Evitación de las señales o situaciones de amenaza; (2) huida, alejamiento; (3) obtención de seguridad, reafirmación; (4) inquietud, agitación, marcha; (5) hiperventilación; (6) quedarse helado, paralizado; (7) dificultad para hablar.

Síntomas afectivos

(1) Nervioso, tenso, embarullado; (2) asustado, temeroso, aterrorizado; (3) inquieto, asustadizo; (4) impaciente, frustrado.

Modelos explicativos

Belloch (2008) afirma que en los últimos años se ha producido un interés por buscar explicaciones sobre la ansiedad basadas en los procesos cognitivos, dado que se ha demostrado que los modelos clásicos de condicionamiento no son suficientes para explicarla. En esta vía se enumeran algunos de los principales modelos explicativos.

En primer lugar se hace una breve referencia al *Modelo de Expectativas* de Reiss que surge como un intento de aplicar los principios del neo condicionamiento pavloviano a los trastornos de ansiedad, donde más que relaciones entre estímulos y respuestas físicas se producen relaciones de información. Por otro lado, está el *Modelo de Revaloración del EI*

de Davey, en el cual, las expectativas (expectativas de resultado) son consideradas elementos centrales para la génesis de estos trastornos. (Belloch, 2008)

La autora (2008) plantea que hay tres principales teorías cognitivas basadas en el procesamiento de la información: *La teoría de procesamiento bioinformacional de imágenes y de afectos* de Lang; *la teoría de la red asociativa* de Bower, y *la teoría de esquemas* de Beck.

La teoría del procesamiento bio-informacional

Esta teoría propone que toda la información, incluidas las imágenes mentales sobre la ansiedad, son almacenadas en la MLP, en modo de proposiciones (unidades de información en modo de argumentos, relaciones lógicas entre conceptos) constituyendo una red, estructura asociativa o memoria asociativa de la emoción, creando una especie de “programa afectivo”. (Belloch, 2008)

Cuando se accede a un número suficiente de "nodos" de la red, la red entera es activada, dando lugar a una variedad experiencias y conductas denominadas emoción. Para esta teoría no es importante el modo en el que la información es almacenada, sino los tipos de información (información sobre estímulos externos, sobre respuestas o proposiciones semánticas, significados de la situación, posibilidades de ocurrencia del estímulo y consecuencias de la acción) almacenados y los resultados producidos por la activación. (Belloch, 2008)

De igual forma se indica que la respuesta de los sujetos ante dicha activación puede ser estratégica o táctica, siendo la primera descrita en términos de valencia (placer- displacer)

y de activación (arousal y reposo), mientras que la segunda se asocia a la dimensión de potencia de la conducta que refiere a la tendencia del individuo a la dominancia o sumisión.

El modelo cognitivo de Beck

En este modelo se plantea que existe un esquema disfuncional que juega un papel esencial en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad, las personas con este trastorno poseen una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información; los esquemas se organizan en torno a un tema común “modo” (creencia, pensamientos), que en este caso sería la vulnerabilidad y el peligro, por tanto existe una focalización en el procesamiento de cualquier estímulo que indique una posible amenaza para el sujeto ignorando cualquier señal de seguridad. La percepción del peligro y la valoración de las propias capacidades para hacer frente a este, aparecen sesgadas en la dirección de una sobre-estimación del primero y una infravaloración del segundo. (Sanz, 1993).

La activación de un esquema depende necesariamente de un suceso estresante análogo a aquellos sucesos que proporcionaron la base para su formación original; y dicha activación sería la responsable del tipo de procesamiento que aparece en el trastorno de ansiedad.

La teoría de la red asociativa de Bower

Esta teoría propone una red asociativa semántica, que sería el conjunto de las emociones representadas en la memoria en forma de nodos; los nodos están relacionados con otros modos de información, como lo serían las situaciones relevantes para suscitar la emoción, reacciones viscerales, recuerdos de eventos agradables o desagradables, entre

otros. La activación de un nodo emocional facilita la accesibilidad al material congruente con el estado de ánimo, que sería lo que se denomina como hipótesis de la congruencia del estado de ánimo. De igual forma el material memorizado se recuerda mejor cuando existe acoplamiento entre las condiciones en que se aprendió originalmente y las condiciones bajo las que se pretende recordar, esto recibe el nombre de hipótesis de la dependencia del estado de ánimo. (Belloch, 2008)

Tanto Beck como Bower coinciden en que debe existir una estructura cognitiva disfuncional que conlleva a producir ciertos sesgos en todos los aspectos del procesamiento de la información, ya sea en el nivel de atención, interpretación o memoria. Sin embargo Belloch (2008) plantea que los estudios experimentales sobre la ansiedad sólo han podido ser parcialmente validados en relación con un tipo de contenido del procesamiento: los procesos de atención.

Dado que los procesos atencionales pueden producirse automáticamente, se ha despertado un gran interés actual por investigar sobre la implicación de los procesos no conscientes en los trastornos de ansiedad. Nuevos modelos de explicación como lo es el modelo de Öhman, contemplan en su teoría tanto los procesos conscientes como los no conscientes en la etiología y curso del trastorno de ansiedad.

8.13.2. Depresión

Según Korman y Sarudiansky (2011) uno de los problemas en la historia de la depresión es que ha sido utilizado para expresar cosas muy distintas entre sí: una condición de tristeza ocasional, el temperamento, un tipo de carácter, un estado de malestar temporario, un padecimiento crónico, etc. En el lenguaje común, estar depresivo no es necesariamente estar enfermo. Sin embargo dependiendo de la significatividad clínica, el

malestar, la disfuncionalidad comportamental, psicológica y social puede ser catalogada como trastorno.

Korman y Sarudiansky (2011) indican que El DSM-IV establece que la depresión puede reconocerse por una serie de síntomas que pueden ser considerados modalidades propias de la vida cotidiana; sin embargo de acuerdo a la duración, significatividad y disfuncionalidad de los mismos, se plantea como un trastorno del estado de ánimo. A continuación se enumeran los síntomas.

(1) Estado de ánimo triste y vacío o enojo fácil y malhumor, casi todo el tiempo; (2) pérdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban como estar con familiares, amigos o parejas (dificultad para sentir cariño por los seres queridos); (3) pérdida o aumento importantes de apetito y peso; (4) insomnio; (5) incapacidad de quedarse quieto o lentitud observada por los demás; (6) disminución de energía, (7) fatiga; (8) sentimientos de culpa o inutilidad; (9) dificultad para concentrarse; (10) pensamientos de muerte o ideas suicidas.

Modelos explicativos

Existen distintos modelos explicativos sobre la depresión, que surgen desde perspectivas neurobiológicas, cognitivas y conductuales. A continuación se expondrán los modelos más representativos como los son “*El modelo integrado de la neurobiología de la depresión*” de Silva, “*El Modelo cognitivo de Beck*” y la “*Teoría de la indefensión o impotencia aprendida*” de Seligman.

Modelo integrado de la neurobiología de la depresión de Silva (2002)

Este modelo pretende explicar las causas neurobiológicas de la depresión mediante un esquema que involucra alteraciones en los sistemas de neurotransmisores cerebrales (siendo los más estudiados la serotonina, la noradrenalina y la dopamina) y en los sistemas neuroendocrinos (cambios generados en el eje hipotalámico-hipofisiario-suprarrenal) e inmunológicos que explicitan la variedad de los síntomas observables.

El modelo cognitivo de Beck

Este modelo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: Concepto de la Tríada Cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2012)

La tríada cognitiva consiste en tres patrones principales que llevan al paciente a considerarse a sí mismo, a su futuro y a sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo; piensa que es inútil y carece de valor porque tiende a sentirse defectuoso psíquica, moral o físicamente; se critica mucho a sí mismo y cree que carece de las cualidades que considera esenciales para lograr la felicidad y las metas que se plantea. (Beck, et al. 2012)

El segundo componente se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles y positivas, el paciente claramente interpreta sus interacciones con el mundo externo y con su mundo interno en términos de derrota o frustración. En consecuencia con lo anterior, el tercer componente se centra en la visión negativa del

futuro, de este solo espera frustraciones, privaciones y penas interminables. (Beck, et al. 2012). Este modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome, incluso los físicos como consecuencia de los patrones cognitivos negativos.

En cuanto a los *esquemas*, Beck et al. (2012) plantea que existen ciertos patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones, por lo tanto cuando una persona se enfrenta a una circunstancia. El esquema, siendo el conjunto de ciertos patrones, es la base para transformar los datos en cogniciones.

En la depresión los esquemas que procesan información de carácter negativo están más activos, ya que opera de un modo constrictivo por medio del cual el individuo se retira de los acontecimientos y conserva energía en respuesta a una negatividad que lo invade todo. En el caso de depresiones más graves, el individuo está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos.

En cuanto a los errores del procesamiento de la información, que son aquellos que mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, Beck et al (2012) plantea 6:

(1) *La Inferencia arbitraria* (relativo a la respuesta) que se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión. (2) *La abstracción selectiva* (relativo al estímulo) que consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento. (3) *La generalización excesiva* (relativo a la respuesta) se refiere al proceso

de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

(4)*La maximización y minimización* (relativo a la respuesta) quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión. (5)*La personalización* (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión. Y finalmente, (6) *el pensamiento absolutista*, dicotómico (relativo a la respuesta) que se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

El modelo de Seligman. Teoría de la indefensión o impotencia aprendida

Este modelo expone unos componentes fundamentales sobre la relación del sujeto con el entorno, a partir de los cuales se podrán deducir la explicación del sustrato psicológico del depresivo. Se habla en primer lugar, de la *contingencia*, referida a la relación entre la acción de la persona y sus resultados. La *cognición*, concerniente a la forma en la que el sujeto percibe, explica y extrapola, la contingencia a otras situaciones, y finalmente *la conducta*, consecuencia de la contingencia y la cognición. (Belloch, 2008).

Con base en estos elementos, los resultados frustrantes son percibidos como hechos incontrolables y la expectativa del individuo frente a estos, resulta ser un factor interno constante que desencadena inevitablemente tristeza, agresión, cambios inmunológicos y vulnerabilidad a presentar depresión.

Otros modelos

En cuanto a los modelos conductuales, basados en las teoría del aprendizaje y la ideas originales de Skinner respecto al condicionamiento operante se encuentran Polaino y Lorente (1985) , quienes retoma del trabajo del Seligman, las condiciones de refuerzo y evitación que hacen propicio un proceso de aprendizaje, el cual se cumple, según ellos en la aparición de la sintomatología depresiva. El comportamiento depresivo se caracterizaría entonces, por un exceso de conductas de evitación ante la estimulación aversiva, junto con un exceso de conductas irracionales y un déficit de conductas activas, reforzadas positiva o negativamente por el ambiente Los factores desencadenantes de la depresión serian un medio pobre de reforzadores, un déficit de habilidades sociales para obtener refuerzo y un escaso repertorio de refuerzos potenciales para el sujeto.

8.14. Trastorno mixto de Ansiedad y depresión

Descripción del cuadro

Goncalves, Gonzalez y Vasquez (2003) indica que la organización Mundial de la Salud introdujo en el grupo de trastornos de ansiedad, la categoría (F 41.2) Trastorno mixto ansioso- depresivo, en el año de 1992. Afirma que se define un trastorno de este tipo cuando están presentes síntomas de ansiedad y depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente, ni tiene intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado.

Se indica que se trata de pacientes con menos ansiedad que en la ansiedad

generalizada y menos depresión que los pacientes con episodios depresivos mayores; menos activación fisiológica que los enfermos con *trastorno de angustia* y, sobre todo, mayor frecuencia de algunos síntomas como: Dificultades en la concentración, trastornos del sueño, fatiga, pérdida de autoestima y todo ello ocasiona deterioro de la actividad laboral o social.

Deben estar presentes aunque sea de modo intermitente algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.). Pero no debe utilizarse este diagnóstico si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos.

Se utiliza esta categoría diagnóstica por exclusión del resto de trastornos de ansiedad y depresión. Por ejemplo una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve, hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de *trastorno de ansiedad* o de *ansiedad fóbica*. Si ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, están presentes y son tan graves, se debe realizar un diagnóstico individual. Y si los síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan vinculados a cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría de *Trastornos de adaptación*. (Goncalves, et al, 2003)

Principales características

Las características principales de este cuadro son:

- a. Presentación simultánea y crónica de diversos síntomas no graves de ansiedad y de depresión, -frecuentemente somatizados - , en ausencia de otro trastorno

mental grave.

- b. Cambios temporales en el predominio de los síntomas de depresión y de ansiedad
- c. Establecimiento gradual del cuadro clínico e inexistencia de acontecimientos traumáticos
- d. Rasgos de personalidad evitadora, dependiente u obsesiva

No son infrecuentes la presencia de inflexibilidad, preocupación por los detalles, expresión emocional restringida y déficit de autoestima, así como la existencia de cogniciones ansiosas y depresivas.

Pautas diagnósticas según el CIE – 10 para el Trastorno Mixto Ansioso-depresivo

- Estado de ánimo bajo
- Pérdida de interés o capacidad de disfrutar
- Ansiedad o preocupaciones predominantes

Síntomas asociados

-Trastornos del sueño -Pérdida de la libido

-Astenia, pérdida de energía -Temblores

-Falta de concentración -Palpitaciones

-Trastornos del apetito -Mareos

-Ideas o actos suicidas -Sequedad en la boca

-Tensión e intranquilidad

Otras características

Otras de las características que pueden presentar los pacientes que tienen comorbilidad ansiosa y depresiva: mayor gravedad, mayor nivel de sufrimiento, mayor tendencia a la cronicidad, peor respuesta al tratamiento, mayor riesgo suicida, mayor incidencia de alcoholismo y abuso de sustancias y mayor utilización de servicios médicos. (Goncalves, et al, 2003)

8.14.1. Presentaciones clínicas

Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos establecidos en la CIE-10, la presentación clínica de estos trastornos puede adoptar cuatro formas básicas:

1. Trastorno ansioso subsindrómico y trastorno depresivo subsindrómico:
Trastorno mixto ansioso-depresivo.
2. Trastorno depresivo sintromico y trastorno ansioso subsindromico.
3. Trastorno ansioso sintromico y trastorno depresivo subsindrómico
4. Trastorno ansioso sintromico y trastorno depresivo sintromico.

8.14.2. Prevalencia

Según indica Goncalves, et al (2003) los estudios epidemiológicos en Atención Primaria muestran una elevada frecuencia de coexistencia de la sintomatología ansiosa y depresiva, que varía entre el 5 y el 15%. Esta situación es menos frecuente

en los estudios en población general, en los que la prevalencia de formas subsindrómicas de ansiedad-depresión oscila entre el 0,8 y el 2,5%, cifras inferiores a las de los cuadros de ansiedad y los de depresión subsindrómica (que no cumplen todos los criterios diagnósticos) 21,9% y 2,4-7,7%, respectivamente. La prevalencia del *trastorno mixto ansioso-depresivo* en Atención Primaria, en España, es del 6,7%.

Ahora es importante considerar en términos de la prevalencia lo que exponen Clark y Beck (2012) específicamente entorno al trastorno de ansiedad y su alta comorbilidad con el trastorno depresivo. Allí se indica que el 55% aproximadamente de los pacientes con un trastorno de ansiedad o de depresión presentaba, como mínimo, otro trastorno de ansiedad o de depresión, y este índice escalaba hasta el 76% cuando se consideran los diagnósticos de la vida completa. De igual forma exponen que según Merikangas et al., (2003) el Estudio de Cohorte de Zurich comprobó que casi el 50% de los individuos con un trastorno inicial de ansiedad solía desarrollar posteriormente una depresión o una depresión comórbida con la ansiedad en el seguimiento de 15 años.

8.14.3. Etiología

Se han identificado factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales en la etiología de los trastornos afectivos y de ansiedad:

Factores genéticos

Para los trastornos afectivos hay una predisposición genética relacionada con los cromosomas 5, x, 11 y algunos HLA. Para los trastornos de la ansiedad existe una

asociación familiar y con algunas patologías como por ejemplo con la laxitud articular. Sin embargo no existe ningún mecanismo que se haya identificado como factor genético único

Factores bioquímicos

Para los trastornos afectivos existe una alteración en algunos neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina, la dopamina, y el eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal y tiroideo. Para los trastornos de la ansiedad también existe alteración en la serotonina y la noradrenalina, además del GABA y las benzodiacepinas.

Factores sociodemográficos

Ambos trastornos son más comunes en mujeres. En los T. Afectivos es más común entre la 2° y 3° década, sin relación con el nivel educativo y social, mientras que en el T. de ansiedad es más común en la 2° y 4° y más frecuente en mujeres con bajo nivel educativo.

8.14.4. Intervención trastorno mixto ansioso depresivo

Echeburua, Salaberria, Corral, Cenea y Berasategui (2006) plantean que el trastorno mixto de ansiedad y depresión resulta difícil de tratar con los tratamientos farmacológicos y psicológicos habituales; al parecer lo que ocurre con mayor frecuencia es una cronificación del problema y la dependencia excesiva de estas personas de los recursos asistenciales (centros de salud mental, asistencial entre otros).

Según los autores las pocas investigaciones se han centrado en la utilización conjunta de fármacos ansiolíticos o antidepresivos o exclusivamente antidepresivos, sin embargo estos tratamientos parecen presentar limitaciones como la negativa de algunos pacientes ante los tratamientos con fármacos, los abandonos frecuentes a la terapia por los efectos secundarios, las recaídas tras el abandono de la medicación, la dependencia física y psicológica suscitada por el consumo regular de benzodiacepinas.

Por otra parte, Echeburua, et al (1999) plantea que la terapia cognitivo-conductual es el tratamiento de elección en este trastorno y los enfoques psicológicos más adecuados son las combinación de estrategias terapéuticas utilizadas en los trastornos de ansiedad y depresión, que al parecer se potencian cuando el tratamiento es grupal. Las técnicas psicofisiológicas para el control de la ansiedad, como las técnicas de respiración y relajación; la reestructuración cognitiva de los pensamientos negativos, la mejora de la autoestima , la implicación en actividades gratificantes y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y de solución de problemas, parecen ser los componentes terapéuticos más efectivos para el tratamiento de este trastorno.

Las metas de intervención pueden ser la disminución de la gravedad de los síntomas en los periodos de mayor estrés, un mayor control sobre las dificultades de la vida cotidiana mediante el aprendizaje de adecuadas habilidades de afrontamiento, la reducción del consumo de fármacos y la prevención de recaídas. (Echeburua, et al., 1999).

A continuación se exponen las intervenciones utilizadas para el trastorno de depresión y ansiedad, de manera independiente, teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente.

8.14.5. Intervención para el trastorno depresivo

En la actualidad se encuentran disponibles diferentes formas de tratamiento para la depresión: con medicamentos, con psicoterapia o ambos. Los principales medicamentos para el tratamiento de la depresión se conocen como antidepresivos, de los que existen varios tipos. Las formas de psicoterapia que han demostrado ser útiles (a través de un enfoque sistemático y que han desarrollado manuales de tratamiento) en el tratamiento de la depresión son la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal. La elección de la

forma de tratamiento depende sobre todo del tipo de depresión, de la gravedad, de los diferentes síntomas y del deseo del paciente. (Korman y Sarundiansky, 2011)

La terapia cognitiva de Beck

El objetivo de la terapia cognitiva para la depresión es eliminar los síntomas depresivos y prevenir las recaídas; desde el modelo cognitivo, esto se consigue ayudándole a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que le producen emociones y conductas contraproducentes. La forma más poderosa de modificar esas cogniciones es su contrastación con la realidad empírica. Con esta finalidad se utilizan técnicas cognitivas y conductuales.

La prevención de recaídas se considera desde los primeros momentos de la terapia y de entrada se prepara al paciente para que espere fluctuaciones en sus síntomas y para que no se desanime por ello. Una vez superados los síntomas depresivos, se tratarán los esquemas básicos que le predisponen a la depresión, para prevenir depresiones futuras.

Fases de la terapia cognitiva de Beck para la depresión

1. Establecer la relación terapéutica
2. Comprender sus quejas y transformarlas en síntomas-objetivo
3. Explicarle el modelo cognitivo de la depresión
4. Demostrarle cómo influyen las cogniciones en las emociones
5. Las técnicas conductuales
 - Lista de actividades potencialmente agradables
 - Lista de actividades de dominio

- Programa semanal de actividades
- Asignación de tareas graduales
- Práctica cognitiva

6. Las técnicas cognitivas

- Detectar pensamientos automáticos
- Comprobar cómo los P.A. influyen en las emociones
- Entrenamiento en observación y registro de cogniciones
- Registrar pensamientos automáticos (registro diario de pensamientos)
- Traducir o reducir el pensamiento a su esencia
- Clasificar las cogniciones.
- Someter los pensamientos automáticos a prueba de realidad
- Técnicas de re-atribución
- Búsqueda de interpretaciones alternativas
- Introducir en los auto- registros el apartado "interpretaciones alternativas"

Finalmente se aplican métodos para cambiar esquemas disfuncionales

- Lista de ventajas para mantenerlo o dejarlo
- Utilizar al paciente para hallar contrargumentos
- Neutralizar supuestos relacionados con el autoestima
- Señalar y discutir la arbitrariedad de los supuestos desadaptativos
- Demostrarles que la felicidad es algo gradual, transitorio y dinámico)
- Demostrarles la existencia de círculos viciosos
- Ver la utilidad a corto y largo plazo de sus supuestos.

Terapia interpersonal (IPT)

La IPT es una psicoterapia centrada en los problemas psicosociales e interpersonales del enfermo mental o de la persona en demanda de tratamiento se concentra en las conexiones entre patología y contexto psicosocial; otorga más importancia al presente que al pasado, examinando las relaciones personales del paciente en la actualidad e intentando intervenir en la formación de síntomas y en la disfunción social asociada al presente episodio depresivo o de otra índole.

Como psicoterapia breve, la IPT sólo pretende tratar los aspectos actuales del trastorno; no pretende profundizar, al modo psicodinámico ni modificar la personalidad, aunque no ignora la importancia clínica de esta última. (Heerlein, 2002)

Para la IPT la depresión muestra tres niveles de abordaje: los síntomas, las relaciones sociales e interpersonales del paciente y sus conflictos explícitos. Es misión de la IPT aliviar los síntomas del paciente y ayudarle a desarrollar estrategias para afrontar sus dificultades sociales e interpersonales.

La IPT conecta la sintomatología del paciente a la situación interpersonal tomando como marco de referencia 1 de las 4 áreas problemáticas: duelo, disputas de rol interpersonal, transiciones de rol, déficits interpersonales. (Heerlein, 2002)

Fases de la IPT:

1. Fase inicial: aliviar síntomas, valorar necesidad de medicamentos, identificar cuál de las áreas problemáticas tiene más importancia actual
2. La fase intermedia focaliza el área elegida. Se trabajan estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, así como opciones alternativas de comportamiento. El alivio sintomático previamente conseguido posibilita el proceso. Así como la fase

inicial exige asignar el rol de enfermo, la fase intermedia tiende a retirárselo lentamente, para activar y responsabilizar al paciente.

3. La fase final prepara al paciente para abandonar el tratamiento, que comporta cierto pesar si hay dependencia terapéutica. Se resume lo que ha sido todo el proceso, en aras de una visión de conjunto que permita vislumbrar también perspectivas de futuro para el paciente. El terapeuta le alienta para que asuma y consolide la mejoría obtenida. El paciente habrá de identificar e intentar neutralizar la sintomatología depresiva o de otra índole que en un futuro pudiera reaparecer. En esta fase el terapeuta evalúa la necesidad eventual de una continuación de la IPT.

Las técnicas utilizadas son:

- Exploración
- Apoyo afectivo
- Clarificación
- Análisis comunicacional
- Relación terapéutica
- Fomentar cambios de conducta

8.14.6. Intervención para el trastorno de ansiedad

Terapia cognitiva

El objetivo general de la terapia cognitiva para el trastorno de ansiedad es la reducción de la frecuencia, intensidad y duración de los episodios de preocupación que generarán una reducción asociada de los pensamientos intrusos ansiosos automáticos y de la ansiedad generalizada. Esto se logrará modificando las valoraciones y las creencias generalizadas así

como las estrategias mal adaptativas de control, todas ellas responsables de la preocupación crónica.

Objetivos

Los objetivos son normalizar la preocupación, corregir las interpretaciones sesgadas de amenaza sobre las área de preocupación, modificar las creencias meta cognitivas, positivas y negativas sobre la preocupación, eliminar la meta-preocupación, reducir la confianza en las estrategias disfuncionales de control de la preocupación y promover estrategias de control de la preocupación que sean más adaptativas, mejorar la confianza en la capacidad para resolver problemas, aumentar el control percibido sobre la preocupación, fortalecer la sensación de seguridad, aumentar la tolerancia a la emoción negativa.

Componentes del tratamiento

- Formación sobre la perspectiva cognitiva de la preocupación
- Distinguir entre preocupación productiva e improductiva
- Reestructuración cognitiva
- Inducción de la preocupación de descatastrofización
- Expresión efectiva de la preocupación con prevención de respuesta de las estrategias de control inefectivo de la preocupación.
- Procesamiento intencionado auto-dirigido de las señales de seguridad
- Inoculación al riesgo y a la incertidumbre
- Entrenamiento en resolución constructiva de problemas
- Procesamiento elaborativo del presente
- Entrenamiento en relajación

Tratamiento de Brown, O'Leary y Barlow (1993)

- Reestructuración cognitiva: Identificación de errores cognitivos: sobreestimación de probabilidad de ocurrencia de eventos negativos y pensamiento catastrófico
- Cuestionamiento de los mismos a través del método socrático y los experimentos conductuales Exposición a la preocupación: incluye justificación basada en proceso de habituación. Entrenamiento en relajación
- Prevención de conductas de preocupación a través de experimentos conductuales
- Organización del tiempo
- Resolución de problemas
- Entrenamiento en asertividad
- Descontinuación de la medicación

Tratamiento de Dugas y Ladouceur (1997)

Objetivo

Desarrollar mayor tolerancia a la incertidumbre (principal factor de mantenimiento)

- Conceptualización del problema y presentación del tratamiento
- Análisis conductual + entrenamiento en detección de preocupaciones
- Intervenciones específicas para la preocupación:
 - Entrenamiento en solución del problemas (objetivos centrados en problemas, objetivos aceptación y emoción).
 - Exposición funcional cognitiva
 - Re-evaluación de la utilidad de cada preocupación (método socrático, experimento conductual)

- Prevención de recaídas.

9. Análisis de caso

En el ejercicio clínico y corroborado por teóricos e investigadores, es posible encontrar tal como expresan Beck y Freeman (2005) que los individuos con TPD tienden a tener creencias básicas como: “no puedo sobrevivir sin alguien que se haga cargo de mí”, “soy inadecuado para manejarme en la vida por mí mismo”.

De igual forma, tienden a presentar distorsiones cognitivas como: catastrofismo sobre todo cuando se trata de la pérdida de una relación y, pensamiento dicotómico con respecto a la independencia (estos individuos creen que se es completamente desvalido y dependiente, o se es completamente “independiente y está solo, sin ninguna gradación intermedia. Desde luego, como no se consideran capaces de funcionar de modo adecuado, por lo general llegan a la conclusión de que son incapaces, un fracaso total).

Por otro lado, son recurrentes pensamientos automáticos tales como: “no puedo”, “nunca seré capaz de hacer eso” y “soy demasiado estúpido y débil”.

Todo lo previamente mencionado son elementos psicológicos que logran identificarse en estos pacientes y, del mismo modo se evidencian en el presente caso clínico de Joaquín; en el que su creencia nuclear es: “no soy capaz solo”, sintiéndose débil e incapaz de afrontar las situaciones de su vida,

Dicha creencia nuclear está acompañada de supuestos tales como: “tengo que estar acompañado por las personas importantes para mí, si estoy acompañado por personas importantes para mí, entonces me sentiré protegido y capaz, por tanto si estoy solo no podré

hacer nada”; “tengo que evitar tomar decisiones yo solo, si evito tomar decisiones por mí mismo, las cosas saldrán bien, por tanto si no lo hago podré equivocarme y no sabré qué hacer”; “no puedo pelear ni tener conflictos con los demás, si evito el conflicto las cosas estarán bien y los demás estarán conmigo, por tanto si entro en conflicto con los demás, los otros se irán de mi lado y las cosas saldrán muy mal”.

Lo anterior permite evidenciar la concordancia clínica, teórica y conceptual que logra verse en los pacientes con este tipo de diagnóstico; y que además, como numerosos estudios lo evidencian, como los de Sandoval & Villamil (1999), Serrano & Abello (2011), Reich (2009), entre otros; presentan una alta comorbilidad con otro tipo de trastornos, en especial con trastornos ansiosos y depresivos.

En el caso particular del presente escrito, se observa la comorbilidad entre el trastorno de personalidad dependiente y el trastorno mixto de ansiedad y depresión. Como bien lo plantean Birtchnell (1984); Zuroff y Mongrain (1987) citados por Beck y Freeman (2005) la depresión es uno de los problemas más comunes que se presentan en el TPD, ya que como estos sujetos se sostienen demasiado en otras personas de quienes esperan apoyo y cuidados, y al momento de presenciar una pérdida o ausencia del otro, se sienten desvalidos ante un abandono potencial, tendiendo a la depresión. Así mismo, con respecto a los trastornos por ansiedad, ya que los individuos con TPD cuentan con las otras personas, son especialmente proclives a la angustia de separación y les preocupa la posibilidad de ser abandonados y tener que cuidarse por sí mismos. Por tanto, cuando prevén y temen nuevas responsabilidades que no se creen capaces de asumir, pueden producirse crisis de angustia.

Estos elementos, tanto la depresión como la ansiedad se evidencian en el paciente; como bien se manifiesta en la historia del problema; ya que a partir de la segunda mitad del

2015 (en 7º semestre) con el inicio de las pre-prácticas académicas y el consecuente distanciamiento con su primo, con quien siempre había permanecido en el contexto académico y personal. Y posteriormente, en noviembre de 2016 debido a la necesidad de iniciar nuevamente en aproximadamente dos meses la práctica profesional de su pregrado como requisito para obtener su título universitario, se exacerban en él los síntomas ansiosos.

De este modo, producto del trastorno de personalidad dependiente de Joaquín, al momento de enfrentarse a un contexto nuevo sin la presencia de personas significativas para él, la puesta a prueba de sus capacidades y competencias para afrontar las situaciones de manera autónoma e independiente, sin la compañía y el refuerzo de los otros, generan las crisis ansiosas y depresivas anteriormente dichas.

Por último, se expone que si bien hay estrategias y elementos que permiten observar rasgos evitativos, dada la conceptualización del caso, la historia social, personal y psiquiátrica del mismo, entre otros, se observa la primacía de la personalidad dependiente en el paciente.

Por lo tanto, el análisis de caso del presente trabajo corresponde a evidenciar los elementos presentes teórica y conceptualmente en relación a la práctica clínica, y al estudio de caso único presente en el escrito.

10. Conclusiones y discusiones

A luz de la investigación realizada bajo la modalidad de caso clínico único puede decirse que se dio cumplimiento a los objetivos planteados. Por una parte, se logró describir, explicar y analizar el proceso psicoterapéutico de un paciente con Trastorno

Dependiente de la personalidad, asociado con síntomas ansiosos y depresivos desde la terapia cognitiva, enmarcado en el formato del instituto de Terapia cognitiva de Beck.

Por otro lado, fue posible comprender, conceptualizar y diagnosticar el caso de este paciente, explorando los modelos teóricos y terapéuticos desde el enfoque cognitivo conductual; lo que finalmente permitió el establecimiento de los tratamientos más eficaces y efectivos para el abordaje clínico del trastorno tanto del eje I como del eje II.

En el paciente del presente caso, tras haber efectuada la evaluación y diagnóstico, cumplir con todos los criterios para ambos trastornos (Trastorno dependiente de la personalidad y trastornos mixto de ansiedad y depresión) y verificada la presencia de síntomas cognitivos, emocionales, conductuales y fisiológicos propios de estas psicopatologías; se dio lugar al desarrollo, búsqueda y aplicación de protocolos y técnicas de intervención a nivel cognitivo, afectivo y conductual. Lo cual en un inicio, contribuyó a estabilizar adecuadamente el estado de ánimo del paciente para luego pasar de la terapia concreta a la terapia abstracta, posibilitando la modificación de la creencia central.

Durante gran parte de las sesiones se llevaron a cabo técnicas de imaginería, dado que al implementar técnicas como re-estructuración cognitiva, diálogo socrático entre otras, no se evidenciaban los resultados esperados debido al nivel de ansiedad tan predominante en el paciente. Esto permitió concluir que el desarrollo de las técnicas cognitivas llevadas a cabo en la imaginación (como por ejemplo *técnicas de imaginería J.Beck, 1995 en la página 273*) mostraron resultados positivos y esperados en el paciente. Lo cual puede servir como soporte basado en la evidencia de la eficacia y efectividad de este tipo de estrategias en pacientes con sintomatología aguda ansiosa (véase pre test (49 puntos) – pos test (10 puntos) del BAI.).

Lo anterior da lugar a diferentes planteamientos tales como; que el impacto que tiene la

activación somática (producto de la ansiedad) en el procesamiento de la información en los pacientes, dificulta que técnicas como la re-estructuración cognitiva, el diálogo socrático, la exploración de ventajas y desventajas, entre otras, produzcan los efectos esperados, y que al ser usadas las técnicas de imaginería: Dar un salto hacia delante en el tiempo, tolerar la imagen, comprobar la realidad de la imagen, cambiar la imagen, sustituir o detener las imágenes y distraerse de ellas, técnicas de imágenes inducidas: ensayos de técnicas de apoyo y distanciamiento (Beck, 2000), se aumenta la posibilidad de disminución de los síntomas.

En la revisión teórica sobre técnicas de imaginería derivada de la necesidad planteada en el caso, se observa la importancia de invitar a los investigadores y terapeutas a realizar futuros desarrollos para ampliar lo relacionado a las técnicas de imaginería, tanto a nivel teórico-conceptual como clínico. Y específicamente a la posibilidad de profundizar en la eficacia de ciertas técnicas de imaginería en casos específicos como los trastornos de personalidad.

Por otro lado, se expone que por sí solas las técnicas de respiración y relajación en presencia de síntomas ansiosos agudos no posibilita una mejoría o disminución del episodio en el paciente, como bien fue posible observarlo en el presente caso clínico, concluyendo que se requiere de la implementación de un conjunto de técnicas tanto cognitivas como conductuales para lograr la estabilización del paciente.

Unido a lo anterior, no sólo se requiere esta combinación al momento de la terapia concreta o en la disminución de síntomas, sino que también se requiere a la hora de pasar a la terapia abstracta. Ya que cuando se requiere modificar la creencia central del paciente, específicamente en pacientes que presentan trastornos de la personalidad, se requiere acudir a terapias que apoyen los tratamientos y desarrollos Beckianos, como lo son la terapia

centrada en esquemas de J. Young, puesto que aportan elementos fundamentales para el cambio de la percepción negativa de sí mismo del paciente y la re-estructuración de recuerdos tempranos, que estancan el avance o cambio del procesamiento de la información del paciente. En conclusión se evidencia la importancia de la conjugación de ambas terapias al momento de realizar esta intervención.

Por otro lado, se reitera la importancia de que el paciente, especialmente con esta estructura de personalidad, logre una autonomía terapéutica a partir de la apropiación del modelo cognitivo.

También se comprueba nuevamente la eficacia y eficiencia de los tratamientos basados en la evidencia y del modelo cognitivo conductual en patologías tanto del eje I como del eje II. Expresado por Serrano & Abello (2011) en su estudio de caso único desde el modelo cognitivo conductual se ilustraron los resultados y conclusiones a partir de los cuales se identifica el hecho de que, básicamente, los pacientes presentan comorbilidad de trastorno de personalidad, ansiedad y depresión, y que además se argumenta la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual sobre la coexistencia de síntomas ansiosos y depresivos, y el trastorno de personalidad dependiente.

Finalmente se observa la importancia de este tipo de ejercicios académicos y clínicos para la formación personal, académica y profesional de los psicoterapeutas; puesto que posibilita comprender, explorar, desarrollar, evaluar, diagnosticar e intervenir ampliamente fenómenos psicológicos y psicopatologías presentes en el ámbito clínico y académico, que permiten que docentes, estudiantes y terapeutas compartan conocimientos y experiencias, específicamente, en lo concerniente al presente caso frente al trastorno de personalidad dependiente y el trastorno mixto de ansiedad y depresión.

11. Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). DSM – 5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Quinta edición. España: Editorial Médica Panamericana.
- Baeza, C. (2007). Tratamientos eficaces para el trastorno de ansiedad social. *Cuadernos de neuropsicología versão On-line* ISSN 0718-4123. Disponible en http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232007000200004
- Beck, A., Freeman, A, y David, D. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial Desclée de brouwer.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Editorial Gedisa
- Belloch, A. (2008). *Manual de psicopatología Vol. II*. España: Editorial S.A. Mcgraw-Hill Interamericana.
- Bornstein, R. F. (1993). *The dependent personality*. NewYork: Guilford.
- Buela-Casal y Sierra. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. Universidad de granada España.

- Caballo, V. (2001). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, Vol. 9, Nº 3, 2001, pp. 579-605
- Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*. 13 (3), 442-446.
- Castello, J. (2005). *Dependencia emocional: Características y tratamiento*. España: Alianza Editorial.
- Chapi, J. (2013). Principales modelos etiológicos de la depresión. Disponible en <https://es.slideshare.net/jorgelchm/articulo-chapi-modelos-depresion>
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad*. Bilbao: Editorial Desclée de brouwer.
- Echeburúa, E & De Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo- conductual de los trastornos de la personalidad. *Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco Análisis y modificación de conducta*. 25 (102), 586 – 614.
- Echeburua, E., Salaberría, K., Corral, P., Cenea, R. & Berasategui, T. (2006) Treatment of Mixed Anxiety-Depression Disorder: Long-Term Outcome. *Revista Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. Vol 34, 95–101.
- Ferrer, A., Londoño, N., Álvarez, G., Arango, L., Calle, N., Castaño, C., Peláez, L. (2015). Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista de psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), pp73-96.
- Gallagher-Thompson,H.L., Gray,T., Dupart,D., Jimenez,L., & Thompson (2008) Effectiveness of cognitive/behavioral small group intervention for reduction of

- depression and stress in non-hispanic white and hispanic/latino women dementia family caregivers: Outcomes and mediators of change. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, (26) 286-303. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25067886>
- Goncalves, F., González, V. y Vásquez, J. (2003). *Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad*. Madrid: Editorial International Marketing & Communications, S.A. (IM & C).
- Gradillas, V. (2002). *Trastornos de la personalidad en la práctica médica*. Barcelona: Masson.
- Greenberg, R. & Bornstein, R. (1988). The Dependent Personality: II. Risk for Psychological Disorders. *Journal of Personality Disorders*: Vol. 2, No. 2, pp. 136-143
- Haaga, D.A.F., Dyck, M.J. & Ernst, D. (1991) Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110(2), 215-236.
- Heerlein, A. (2002). Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría versión On-line* ISSN 0717-9227. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500005
- Korman, G. y Sarundiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, Vol. 15, N° 1. 119-145.
- López, P., Cid, J., Obst, J., Rondón, J., Alfano, S. M., y Cellerino, C. (2011). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales,

- desde el modelo de Young, Klosko y Wheishar (2003). *Ciencias Psicológicas*, 5(1), 83-115. Disponible en <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v5n1/v5n1a08.pdf>
- Millon, T. y Everly, G. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S. A.
- Millon, T. (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Editorial Masson.
- Moriana, J. y Martínez, V. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 16 (2), p. 81 - 100. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3689979>
- OMS. (1994). CIE – 10. Clasificación de los trastornos mentales y comportamiento. Guía de bolsillo. Editorial: Panamericana.
- Polaino y Lorente (1985). *La depresión*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
- Reich, J. (2009). Avoidant personality disorder and its relationship to social phobia. *Current Psychiatry Reports*, 11(1), 89-93. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-009-0014-0>
- Sandoval, L., & Villamil, V. (1999). La comorbilidad de los trastornos depresivos y los trastornos de la personalidad. *Salud Mental*. 22 (3), 34- 40.
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de especificidad de contenido de Beck. *Anales de Psicología*, Vol. 9. 133-170.
- Sarason, I. y Sarason, B. (1996). *Psicología Anormal*. México: Liberia de Porrúa Hermanos y Compañía.

Serrano, M., & Abello Luque, D. (2011). Comorbilidad: Depresión, ansiedad y trastorno de personalidad por dependencia. Estudio de caso único. *CULTURA, EDUCACIÓN y SOCIEDAD* 2(1), 11 – 24.

Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista Chilena de neuropsiquiatría*. Vol. 40 (1). 9 -20.